

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL
SUPERVISADO –EPS–**

**“CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES EN LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
CRÓNICO EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ALDEA
SAN FELIPE DE JESÚS SACATEPÉQUEZ”**

**INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**


POR

DELMÍ JOSELÍN CORTAVE ALVARADO

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, AGOSTO DE 2015

The background of the page features a large, faint watermark of the official seal of the University of San Carlos of Guatemala. The seal is circular and contains a central figure of a king in prayer, surrounded by various heraldic symbols including castles, lions, and columns. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALIS INTER" is inscribed around the perimeter.

CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía

DIRECTOR

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina

SECRETARIO

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
EPS
Archivo
REG.001-2014
CODIPs. 1107-2015

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

02 de junio de 2015

Estudiante
Delmi Joselin Cortave Alvarado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO SEXTO (26º.) del Acta VEINTICUATRO GUIÓN DOS MIL QUINCE (24-2015) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 01 de junio de 2015, que copiado literalmente dice:

“VIGÉSIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **“CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES EN LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÓNICO EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS SACATEPÉQUEZ”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Delmi Joselin Cortave Alvarado

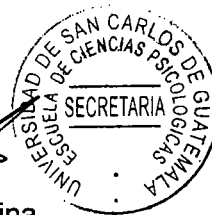
CARNÉ No.200922344

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por el Licenciado Domingo Romero Reyes. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional.”

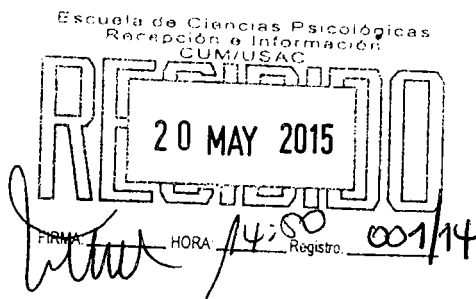
Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO



/Gaby



Reg. 001-2014
EPS. 018-2014

18 de mayo del 2015

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de

Delmi Joselin Cortave Alvarado, carné No. **200922344**, titulado:


**“CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES EN LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÓNICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS SACATEPÉQUEZ.”**

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Domingo Romero Reyes, en tal sentido se solicita continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
COORDINADOR DE EPS

c.c. Control Académico

Reg. 001-2014
EPS. 018-2014

18 de mayo del 2015

Licenciado
Oscar Josué Samayoa Herrera
Coordinador de EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de

Delmi Joselin Cortave Alvarado, carné No. **200922344**, titulado:

**“CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES EN LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÓNICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS SACATEPÉQUEZ.”**

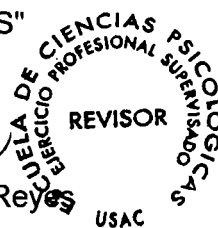
De la carrera de **Licenciatura en Psicología**

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Domingo Romero Reyes
REVISOR



c.c. Expediente



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



Reg. 001-2014
EPS. 018-2014

30 de abril del 2015

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de

Delmi Joselin Cortave Alvarado, carné No. **200922344**, titulado:

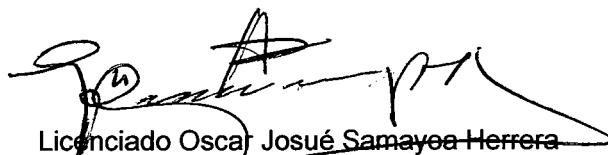
**"CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES EN LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÓNICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS SACATEPÉQUEZ."**

De la carrera de **Licenciatura en Psicología**

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este departamento, me permito dar mi APROBACIÓN para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
Asesor-Supervisor

c.c. Expediente

C.c. Control Académico
EPS
Archivo
Reg.001-2014
CODIPs.1141 -2014

De Aprobación de Proyecto EPS

22 de mayo de 2014

Estudiante
Delmi Joselin Cortave Alvarado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO SEGUNDO (32º.) del Acta VEINTIDOS GUIÓN DOS MIL CATORCE (22-2014) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 06 de mayo de 2014 que literalmente dice:

“TRIGÉSIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **“SALUD MENTAL DE LOS PACIENTES INTERNOS Y EXTERNOS DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO BETHANCOURT, UBICADO EN LA ALDEA DE SAN FELIPE DE JESUS, SACATEPÉQUEZ”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por:

Delmi Joselin Cortave Alvarado

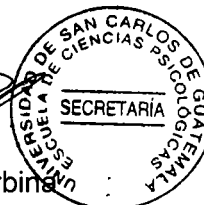
CARNÉ No. 200922344

Dicho proyecto se realizará en San Felipe de Jesús Sacatepéquez, asignándose al Licenciado Fernando Salvatierra, quien ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y al Licenciado Oscar Josué Samayoa, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO



gaby

26 de Octubre del 2014

Licenciado Oscar Josué Samayoa

Coordinador Depto. de E.P.S

Escuela de Ciencias Psicológicas


Centro Universitario Metropolitano- CUM

Universidad de San Carlos de Guatemala

Lic. Samayoa

Tengo el agrado de informarle que la estudiante **Delmi Joselin Cortave Alvaradocarnet** 200922344 en el año 2014, realizo satisfactoriamente en el hospital su ejercicios profesional supervisado, ejecutando el proyecto denominado APOYO PSICOLÓGICO A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA E INTERNA PARA CONTRIBUIR EN LA SALUD MENTAL, EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOUR, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA.

Sin otra particular, me suscribo atentamente.



Licenciado Fernando Salvatierra

Jefe del departamento de Salud Mental



PADRINOS

OSCAR JOSUÉ SAMAYOA HERRERA

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO ACTIVO NO. 4370

LESBIA NATALY PACHECO ALARCON

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

COLEGIADO ACTIVO NO. 6305

ACTO QUE DEDICO:

**A MI FAMILIA ESPECIALMENTE A MI PAPÁ Y MAMÁ
POR SU SACRIFICO Y APOYO**

AGRADECIMIENTOS:

- | | |
|--|---|
| A Dios | por todo lo que me ha dado, la fuerza y las oportunidades que me ha permitido a mí y a mi familia. |
| A mi papá | por todo el sacrificio que hizo toda su vida para mí y mis hermanas, quien no está conmigo físicamente pero siempre está conmigo en mi corazón, por enseñarme que no hay límites, con esfuerzo uno puede alcanzar sus objetivos,. |
| A mi mamá | por ser una inspiración para todo en mi vida, por su cariño, apoyo y sacrificio. Siendo un gran apoyo a lo largo de mi vida, sin ella no hubiera podido estar aquí. |
| A mis hermanas | por ser parte esencial de mi vida. |
| A mi hermano | por darme el privilegio de conocerlo, aunque ya no está conmigo me enseñó que la vida es corta y valiosa |
| A mis abuelos | Porque formaron una parte muy importante de mi infancia, por quererme y apoyarme. |
| A mis amigas y amigos | por estar conmigo en las buenas y en las malas ayudándome en momentos difíciles y disfrutando conmigo todo las experiencias los quiero mucho. |
| A mis licenciados y la Universidad. | por la guía que me ofrecieron en mis años universitarios |

INDICE:

RESUMEN.....	i
INTRODUCCION.....	iii
CAPÍTULO I.....	1
ANTECEDENTES	1
1.1. Monografía del Lugar:	1
1.2 Descripción de la institución	10
1.3. Descripción de la población atendida.	14
1.4. Planteamiento de los problemas/necesidades psicosociales	16
CAPÍTULO II.....	18
2.1 Abordamiento Teórico Metodológico	18
2.2. OBJETIVOS	40
2.2.1 Objetivo General:	40
2.2.2 Objetivos Específicos:	40
2.2.3. METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO:	42
CAPITULO III	44
DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA.....	44
3.1. Subprograma de Servicio:	44
3.2 Subprograma de Docencia:	51
3.3 Subprograma de investigación:	56
CAPITULO IV	63
Análisis de resultados:	63
Subprograma de Servicio:	63
Subprogramas de Docencia:	68
Subprograma de Investigación:	71
CAPITULO V	74
CONCLUSIONES:	74
Conclusión General:	74
Subprograma de Servicio:	74
Subprograma de Docencia:.....	75
Subprograma de investigación:.....	75
RECOMENDACIONES:	77
General:	77
Subprograma de Servicio:	77
Subprograma de Docencia:	78
Subprograma de Investigación:.....	78
BIBLIOGRAFÍA:	79
ANEXOS:.....	82

RESUMEN:

La presente experiencia del Ejercicio Profesional Supervisado EPS, se realizó en el Hospital Departamental Pedro de Bethancourt, Aldea de San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Departamento de Sacatepéquez, durante ocho meses, con el objetivo de promover y mejorar la salud mental de los pacientes internos del hospital y los familiares de los pacientes.

El Ejercicio Profesional Supervisado se dividió en tres subprogramas: Servicio, Docencia e investigación, trabajando en el Hospital Pedro de Bethancourt, en las diferentes instituciones educativas y del Ministerio. Los subprogramas son los siguientes:

Subprograma de Servicio:

Se brindó atención a pacientes internos del Hospital Pedro de Bethancourt referidos por los doctores de cada servicio atendiendo los diferentes casos como: ansiedad, aborto, duelo, depresión abstinencia, alcoholismo, amputación, anorexia, abuso sexual, abuso físico, ataque de pánico, bipolaridad, enfermedades neurodegenerativas, cáncer, craving, deterioro cognitivo relacionado por la edad, duelo, estrés, intento autolítico, trastorno facticio, voyerismo, trastorno de somatización, trastorno de adaptación y problemas familiares. Todos los pacientes fueron adultos mujeres y hombres 20 años a 80 años y se evaluó a niños de desnutrición proteica calórica por su desarrollo, usando terapia cognitivo conductual, terapia Gestalt, terapia breve y de emergencia y terapia de apoyo social, también se atendió casos apoyando a la RED RIDAVS casos de abuso sexual y de problemas familiares y conyugales, las edades de 6 años a 33 años edad mujeres y hombres.

Subprograma de Docencia:

Se realizó talleres en: Escuela Mixta Mariano Navarrete y Escuela Castro – Escobar, los participantes fueron niños y adolescentes; todos los talleres trabajados contarón con el apoyo de la Unida de Capacitación de la Municipalidad de Antigua Guatemala, también se

realizó charlas educativas a jóvenes mujeres de 13 a 16 años de edad y por último charlas educativas impartidas madres del área de pediatría por el programa de Madres Participativas.

Subprograma de Investigación:

El tema de la investigación fue “Consecuencias Psicosociales en los Familiares del Paciente Crónico en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Sacatepéquez”.

INTRODUCCION:

En Guatemala el sistema de salud, en el aspecto público, tiene muchas deficiencias ya que por la falta un acompañamiento psicológico que ayude al paciente a sobrellevar el proceso de la enfermedad; no se considera importante la ayuda psicológica, en la mayoría de los casos es ignorando el aspecto emocional del paciente, solamente incluye en el estado físico de los mismo. En Guatemala los hospitales públicos tiene una gran cantidad de pacientes, estando sobrecargados; no se tiene mucho tiempo para poder llegar a conocer al paciente, solo se espera poder tratarlo físicamente, ignorando los síntomas psicosociales de la enfermedad en cuestión que ataca; no solo al paciente sino al familiar. Debido a esta manera de pensar, el ámbito psicológico se ofrece como segundo plano y muchas veces ni siquiera es una opción al tratar al paciente o como sugerencia en el tratamiento del paciente y sus familiares.

Esto no escapa en el Hospital Pedro de Bethancourt ubicado en la Aldea de San Felipe de Jesús, Sacatepéquez. El hospital ofrece la ayuda de manera gratuita pero no se le informa a la familia o al paciente sobre el apoyo psicológico, a menos que se considere “muy necesario”; acudiendo al servicio solo en casos extremos. El Hospital no refiere pacientes, ni familiares en los casos de enfermedades crónicas. La falta de apoyo emocional a los familiares, de los pacientes que padecen de los efectos psicosociales, como: Cargas emocionales de culpa, angustia, miedo, depresión y ansiedad, etc...; influyen en la recuperación de los pacientes y en la adaptación de los familiares, al medio que ahora deben vivir.

Viendo las necesidades, fue necesario hacer un programa de apoyo psicológico a los pacientes y a sus familiares; se trató de formar un programa de apoyo emocional en el Ejercicio Profesional Supervisado, ayudando en el equilibrio emocional, para poder tener una buena salud mental, disminuyendo los síntomas psicosociales que genera la enfermedad en el paciente y en los familiares

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1. 1. Monografía del Lugar:

Aspecto histórico antropológico

La aldea de San Felipe de Jesús fue fundada en el siglo XVII por disposición del Muy Noble Ayuntamiento de la entonces metrópolis del reino de Guatemala, Santiago de Guatemala, hoy la Antigua Guatemala; en el valle que está al pie de las colonias de “el Rejón”, a dos kilómetros al norte de la ciudad colonial estando unida a ella por su carretera asfaltada. Su altura sobre el nivel del mar es de 1535 metros su población se estima en 4783 aproximadamente.

En 1670, los primeros vecinos que se establecieron en este valle provenían de la aldea de San Juan Perdido, al pie del Volcán de Acatenago, tras haber sufrido algunas epidemias y una plaga de murciélagos en aquel lugar. Traslado que los vecinos de esa región solicitaron al Muy Noble Ayuntamiento en virtud de las plagas que les hacía imposible la vida al destruir sus cultivos.

Llevaron estos primeros pobladores una escultura de Jesús Sepultado, que primero colocaron en un rancho y después en una modesta iglesia construida en 1760, que fue destruida por un incendio.

Justa Noriega, hizo propaganda a favor de Jesús Sepultado y en 1821, quedó establecida una fiesta que llaman de El Primer Viernes y a iniciativa del presbítero don Manuel Francisco Barrutia, en 1819 se procedió a construir un nuevo oratorio en el mismo solar y un año más tarde, en 1820, se inauguró y fue puesto al culto religioso, ante el regocijo de los fieles y vecinos de la aldea.

En 1867, considerando que el mismo era insuficiente, a propuesta del presbítero don Manuel Leal se construye una iglesia más amplia, de calicanto, estilo barraco, mejorando su atrio con la construcción de pilastras y colocando una hermosa verja de hierro que, con mucha pompa se puso al servicio religioso, estrenándose el 28 de agosto de 1870. La aldea de San Felipe de Jesús fue fundada en el siglo XVII por disposición del Muy Noble Ayuntamiento de la entonces metrópolis del reino de Guatemala, Santiago de Guatemala, hoy la Antigua Guatemala; en el Valle que está al pie de las colinas de “El Rejón”

El 1 de diciembre de 1984, se realizó solemne consagración del santuario y del altar mayor, hacia donde se trasladó la imagen del Señor Sepultado, en una urna de metal, que es donde se encuentra actualmente. Es necesario aclarar que esa imagen es la misma que llevaron los primeros pobladores de esta comunidad. Un escrito contemporáneo, que se observa en dicho altar mayor, indica que el Señor Sepultado venerado en la actualidad fue conocido anteriormente como Cristo de las Benditas Ánimas. La escultura reproduce la rigidez de un cuerpo con las rodillas encogidas por la postura en la Cruz.

El santuario, dedicado al Apóstol San Felipe, fue elevado a la categoría de Vicaría Episcopal, el 27 de julio de 1986, por disposición de la cura eclesiástica.

En 1923, el artesanado de la iglesia se encontraba muy deteriorado y sus muros muy dañados por los terremotos de 1917- 1918, motivo por el cual, iniciativa del padre español don Pedro Guitar, se procedió a demoler el templo, quedando en pie solo el presbiterio; se inició la construcción de uno nuevo modificando su estilo barroco por gótico, encargándose la construcción al maestro don Federico Muños, quien en 1930 la entregó debidamente terminada.

El nuevo santuario de San Felipe de Jesús, Sufrió serios daños con los sismos del 6 de agosto de 1942 y aún más con el terremoto del 4 de febrero de 1976, en esta ocasión soló logró salvarse la fachada y el presbiterio.

En 1796, después de los terremotos del 29 de julio 1773, se tuvo la idea de trasladar la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente al nuevo asentamiento de la metrópolis del

reino- El Valle de la Ermita- Pero pudo más la fe de sus devotos que las órdenes oficiales y para suerte de su pueblo, se salvó quedándose en su santuario.

Con la ayuda y colaboración de diferentes entidades, los vecinos iniciaron la obra de reconstrucción y ampliación en 1978, quedando terminada el 30 de noviembre de 1984.

La obra ofrece algunos cambios anteriores interiores, tales como: la sustitución de la bóveda ojival, por una de medio punto cubierta de lámina de duralita; se suprimió la cúpula del crucero; las puertas de las capillas laterales que daban acceso al interior del templo, por parte norte y sur; se trasladaron al poniente las mismas. Con esos cambios aunados a su estilo gótico, la iglesia de San Felipe, tiene un marcado contraste con el resto de edificaciones religiosas de La Antigua Guatemala

La aldea lleva el nombre de un santo misionero de la orden franciscana, San Felipe de Jesús, que nació en México el 1 de mayo de 1571, hijo de padres españoles que se habían establecido en México, pocos meses antes, y cuando contaba Felipe con 21 años, encontrándose en Filipinas, en donde se dirigió en busca de aventuras, ingreso a la orden franciscana y cuatro años después, el 5 de febrero de 1597, murió martirizado en las islas de Nagasaki, Japón, dando así testimonio de su fe.

El Muy Noble Ayuntamiento consideró rendir homenaje a uno de los primeros santos nacidos en el nuevo mundo, mientras que la iglesia acordó dar el nombre del apóstol al templo del lugar: de manera que esta aldea es uno de los pocos lugares del país que ostenta dos nombres como un hecho curioso.

Además, la aldea cuenta con una escuela rural mixta y en su jurisdicción se construyó el moderno Hospital Nacional “Pedro de Betancur” que fue inaugurado en 1991 y que comenzó a funcionar un año más tarde; esta institución de servicio social sustituyó al anterior de la Antigua Guatemala destruido en el terremoto del 4 de febrero de 1976; construido al suroriente de la aldea en el terreno de aproximadamente siete manzanas por el Muy Noble Ayuntamiento al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1972.

Entre las imágenes veneradas en dicho santuario se encuentran la de Jesús Nazareno del Milagro; la del Señor Sepultado, anteriormente conocido como Cristo de las

Benditas Ánimas; y la de San Felipe de Jesús. Asimismo, las imágenes de Virgen de Dolores y de Virgen de Soledad.

En sus actividades de Cuaresma y Semana Santa, la hermandad del Santuario de la Aldea San Felipe de Jesús, realiza tres cortejos procesionales: el Miércoles Santo, con la consagrada imagen de Jesús Nazareno del Milagro y con la imagen de Virgen de Dolores; el Viernes Santo, el cortejo procesional de Santo Entierro con la consagrada imagen del Señor Sepultado; y el Sábado de Gloria, el cortejo procesional de Pésame con la imagen de Virgen de Soledad; recorriendo principales calles de dicha aldea y de La Antigua Guatemala.

Aspecto sociocultural

El idioma predominante es el castellano. Otras etnias sin indígenas migrantes, que hablan el idioma Kaqchikel. La Etnia Predomínate es ladina. Sus habitantes profesan en su mayoría la religión católica, algunos profesan otras religiones de distinta denominación.

Existen diferentes clases sociales en la aldea desde media baja hasta alta, esto es debido y un porcentaje de personas de pobreza; aun así la comunidad es unida, las distintas clases sociales se ayudan entre sí al ser una aldea pequeña son muy unidos es por esta razón que los extranjeros son cuestionados.

Si bien hay dueños de terrenos y fincas de gran renombre también se encuentra una población con empleo de servicio, es por esto que las clases sociales son muy variables hay tanto profesionales universitarios como habitantes que no han recibido ningún tipo de educación.

En su Plazuela se encuentra una hermosa fuente colonia (siglo XVII) y al norte de la misma, el edificio de arquitectura tradicional de la Auxiliatura Municipal, en donde funcionan otras oficinas de servicio comunal; al oriente y al poniente se estableció un mercado de artesanías, comedores.

Su fiesta patronal son las festividades religiosas que se celebran en el santuario, es la del patrono del templo, San Felipe Apóstol, el 4 de mayo, con actos religiosos,

culturales, deportivos, sociales y populares. También la del Jueves de la Ascensión del Señor, la del Corpus Christi y la Navidad, entre otras. La posesión de semana santa es la más grande de Guatemala.

PERSONAJES IMPORTANTES:

SAN FELIPE DE JESUS

Su nombre de pila fue Felipe de las Casas. Nació en la ciudad de México el año 1572. Sus padres eran españoles, le dieron buen ejemplo. En su niñez era inquieto y travieso por lo que su nana decía: "Antes la higuera seca reverdecerá, a que Felipillo llegue a ser santo". De joven entró en el noviciado de los franciscanos, pero no resistió esa vida y se escapó del convento.

Regresó a su casa y ejerció el oficio de platero sin mucho éxito. Varios años más tarde, cuando tenía 18 años, su padre, Alonso de las Casas, lo envió a las Islas Filipinas a probar fortuna. Allí se estableció en la ciudad de Manila. Y pronto sintió el llamado del Señor. Felipe entró con los franciscanos de Manila y esta vez su conversión fue de todo corazón, cambiando su nombre al de Felipe de Jesús. Un día sus superiores le anunciaron que ya se podía ordenarse sacerdote en México, junto con su familia y amistades. Se embarcó rumbo a la Nueva España; pero su barco naufragó en Japón y lo tomó como una dicha entregarse más a Cristo por la conversión de Japón.

Se vino la persecución de Taicosama contra los cristianos y Felipe hubiera podido evitar la prisión y las torturas pero optó por quedarse. Felipe y los otros fueron llevados en procesión para ser objeto de burla y escarmiento. Les cortaron una oreja y finalmente, en Nagasaki, los franciscanos, algunos de primera orden (religiosos) y otros de la tercera orden (laicos), además de tres jóvenes jesuitas, fueron colgados en cruces. Felipe de Jesús muere en la cruz, atravesado por dos lanzas. Felipe fue el primero entre aquellos mártires en morir. Sus últimas palabras fueron: " Jesús, Jesús, Jesús". Era el 5 de febrero de 1597. Según relata una leyenda, ese mismo día la higuera seca de su hogar tomó vida y dio fruto. Felipe había llegado a la santidad más heroica. Fue beatificado el 14 de septiembre de

1627. Canonizado el 8 de junio de 1862. Es patrono de la ciudad de México y de su Arzobispado.

Aspecto socioeconómico

Su comercio se basa principalmente en el turismo nacional y extranjero varios son los atractivos que motivan a miles de personas a visitarla año con año. Entre ellos destaca la imagen del Cristo Yacente del Santuario de San Felipe, conocido coloquialmente como El Señor de San Felipe.

Existen algunas fincas con producción de café, muchos de sus habitantes trabajan en la Ciudad de Antigua o en la Capital de Guatemala como personal de servicio (mucamas, seguridad, cocineros...)

Su economía también está basada en las artesanías que destacan por su diseño y colorido, se puede encontrar: muebles tallados en maderas finas, objetos zoomorfos de barro cocido de muy buena calidad, bolsas de tela típica, Huipiles, entre otros.

Otro de los atractivos de la aldea son sus famosas alcancías, de las cuales las de forma de tecolote son las más conocidas y buscadas por los visitantes. Enfrente de la iglesia se ubica el mercado donde todos los días pueden encontrarse una gran variedad de dulces típicos, así como numerosos restaurantes y comedores.

La finca más popular es la Finca de Filadelfia que es la finca de café. Cuenta con la maquinaria más moderna para el procesamiento del café. Ofrece un tour bastante completo con guías especializados. La finca actualmente está equilibrado con árboles forestales, aguacatales y olivos. Además la parte más alta de la finca ha sido declarada una reserva natural. Finca Filadelfia se remonta hasta el año 1866 cuando Manuel Matheu Sinibaldi (1828-1922) compró en el valle de Antigua Guatemala la Finca La Felicidad. En aquel tiempo la cosecha en aquella finca era 38 manzanas (27.14 hectáreas o 67.86 acres) de Nopal (*Opuntia Jaliscana*) que hospedaba a la cochinilla (*Dactylopius coccus*) que fue cosechada y secada para producir tintes naturales rojos. Actualmente los descendientes de Manuel Sinibaldi son los dueños de la tierra.

Las casas están construidas de los siguientes materiales: Paredes de block, adobe, lámina y madera, techos de teja, terraza y lámina. Los servicios públicos de la aldea son las vías de comunicación, transporte público de pasajeros, teléfonos, etc. Cuenta con todos los servicios de saneamiento necesarios: agua potable, drenaje/sanitarios y alumbrado eléctrico.

La aldea cuenta con una Escuela Nacional Rural Mixta que atiende: Nivel pre-primario, nivel primario, nivel secundario, academias. La escuela es llamada San Felipe de Jesús, de nivel primario y los dos colegios, uno llamado Centro Pedagógico Antigüeño que atiende nivel primario, básico y diversificado, y el otro que atiende nivel pre-primario, llamado Fantasía de colores.

No existen filiales de partidos políticos, la administración pública la ejerce la Municipalidad de la Antigua Guatemala, la aldea de San Felipe de Jesús, cuenta con una alcaldía auxiliar, dicha alcaldía posee un comité pro-mejoramiento de la aldea, que coordina actividades con la municipalidad de Antigua. Una de las principales formas de pensar, de los habitantes de la aldea, está basada en la espiritualidad, y es que los seres humanos, tienen la responsabilidad de proteger todo lo que tiene vida.

Hay atención de salud en los habitantes de la aldea el sector de pobreza aun cuenta con dificultades en cuanto a la salud, Existen servicios y programas que intentan atender las necesidades de salud, como centros de salud y hospitales nacionales pero estos no cubren en su totalidad las necesidades en relación a la salud de la población. Los problemas y las necesidades de los grupos urbanos marginados y pobres. Debido a las distintas clases sociales hay pobladores que no cuentan con ningún tipo de educación ocasionando desempleo o empleos con ganancias insuficientes para abarcar la necesidad de sus familias y ellos mismos, la población de total es de 4783 habitantes (según censo de la municipalidad) pero solo 1858 de los pobladores son económicamente activos por lo que excluyendo a los habitantes menores de 20 la mita de la población se encuentra marginada y en desempleo.

Aspecto ideológico político

San Felipe es una aldea que data del año 1543 y conserva una iglesia y plazas de la época colonial. Su arquitectura es altamente reconocida en esta región así como su arte religioso en el que se incluyen retablos, imágenes de santos y otras piezas. Sin embargo, muchas de estas obras de arte fueron destruidas por el terremoto de “Santa Marta” ocurrido el 29 de julio de 1773.

En la actualidad se encuentra integrado el Consejo Municipal de Desarrollo en donde se encuentran representadas las entidades gubernamentales y no gubernamentales, así como todas las expresiones organizativas existentes en el municipio. Esto ha sido producto de una nueva visión de municipio y de gestión de los procesos de desarrollo que se han iniciado.

Las tradiciones religiosas se enmarcan en la cultura espiritual y sus manifestaciones se realizan a través de actividades en épocas específicas o por la celebración de un evento eminentemente religioso. Por ejemplo de las festividades católicas las más importantes son las Fiestas Patronales en honor al santoral católico y se realizan con la participación de la comunidad local y dependiendo de su importancia con la presencia de visitantes extranjeros.

La mayoría de sus tradiciones se asientan en su religión cristiana católica se conmemora la Pasión de Cristo durante la Semana Santa presentando solemnes ceremonias religiosas en los templos católicos e impresionantes procesiones que recorren la ciudad, cuyas calles lucen artísticas alfombras multicolores de flores y aserrín al paso de bellas imágenes conducidas por los devotos. La religión predominante es la católica con mayor arraigo y tradición.

Esta población está marcada por la extraordinaria herencia histórico cultural de la etnia kaqchikel así como del contacto pleno con los españoles desde la conquista y posteriormente la colonización. Por lo que esta huella histórica matiza y define el marco ideológico político de la aldea San Felipe de Jesús, del municipio de Antigua Guatemala.

El legado de la tradición oral kaqchikel se encuentra amalgamado y sincretizado en el largo proceso histórico y la forma de transmitirla se da en velorios, acabos de novena y cuando personas mayores y jóvenes se reúnen en corredores de las viejas casonas o en los patios comunales de las casas del pueblo. Al ser parte de la Antigua Guatemala la aldea también cree en las leyendas tradicionales de espantos que visitan el pueblo por lo que se destaca una ideología animística llena de mitos, leyendas de casos y cuentos maravillosos. En la cual predomina un pensamiento mágico. Los fenómenos psicosociales se explican y justifican como acción de Dios o de algún mal espiritual.

San Felipe de Jesús en su situación política es subsidiada por Antigua Guatemala por ser cabecera departamental, su alcaldía auxiliar es llevada al puesto por haber brindado colaboración en campaña electoral para la elección del alcalde de Antigua Guatemala. Al ser una anexa la municipalidad solo atiende desde las 6:00 de la noche.

La duración del cargo del alcalde auxiliar es de 4 años, como el de cualquier alcalde, sin embargo los auxiliares trabajan únicamente por un año, y luego son reemplazados. El mando edilicio lo conforman; el alcalde o regidor con 3 ayudantes, auxiliares o alguaciles, los cuales son los mediadores en la aldea, al momento de no encontrarse presente el alcalde, este trabajo mediador consiste en resolver problemas de doméstico en su mayoría, por ejemplo problemas de “chismes”, problemas maritales, problemas de límites territoriales etc.”, otra obligación en común que el auxiliar tiene tanto como el alcalde, es estar disponibles para brindar ayuda a los vecinos y pobladores quienes visitan sus casas o trabajos en cualquier momento.

La violencia también se encuentra presente en la aldea aunque en su mayoría los asuntos como asalto y riñas, suceden en el cerro no en el centro de la aldea, la zona es tan marginada que se le recomienda tanto a vecinos como turistas no transitar en horas de la tarde noche cuando el sol se oculta por riesgo a ser asaltados.

1.2 Descripción de la institución

HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT

En 1630, procedentes de México arribaron a la Muy Noble y Muy Leal ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala, hermanos hospitalarios de la Orden San Juan de Dios, bajo la dirección del Padre Fray Carlos Cívico de la Cerda, así como otros religiosos, su objetivo fue el de presentar la solicitud de administrar el hospital de la ciudad.

A la solicitud se acompañó no sólo la promesa de asistir a enfermos y la atención del hospital, sino la de cumplir con lo dispuesto por el Rey de España en 1632, de tratar con servicios médicos a los habitantes de América, como a españoles. Por lo tanto la fundación del Hospital fue a partir de 1663, como Hospital San Juan de Dios, y después de los Terremotos de Santa Marta en 1773 y 1774, fue trasladado juntamente con la Ciudad al Valle de la Ermita, hoy Ciudad de Guatemala, y continuo el Hospital en la Ciudad Colonial Patrimonio de la Humanidad Declarada por la Unesco en el año 1,979 con el Nombre de Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, en honor a las obras realizadas por el Hermano Pedro de Bethancourt, quien también prestó servicios de Salud en el Hospital de Belén de esta ciudad.

Después del terremoto de 1976 el edificio que ocupaba el hospital en el Centro de la Ciudad de La Antigua Guatemala en la 2 avenida y 6ta.calle esquina, actualmente las instalaciones están siendo utilizadas por Obras Sociales del Hermano Pedro, sufrió severos daños y fue necesario declararlo inhabitable, por lo que en forma improvisada se atendió la emergencia en carpas que se instalaron el Estadio Pensativo, luego fue acomodado el Hospital en el Edificio del Hotel "Rancho Nimajay", para que el hospital regularizara la prestación de servicios.

En 1980 se inició la construcción del Edificio, situado en la Aldea San Felipe de Jesús a un Kilómetro de la Antigua Guatemala, donde se encuentra actualmente, iniciando sus funciones en el mes de febrero de 1993, a la fecha prestando los servicios de Salud a la Comunidad de Sacatepéquez y extendiéndose hacia todo el país.

A partir del año 2008 se implementó el primer Banco de Leche Materna siendo el primer Banco de Leche a nivel Nacional y Centro Americano modelo para los actuales bancos de leche que impulsa el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social apoyados por los programas del OPS y OMS Ministerio y Programa Nacional. En el año 2009 se implementa la clínica integral de VIH/SIDA, y con fondos propio la Clínica del Diabético, de Neumología, de Cardiología, de Terapia Respiratoria, de Nutrición, de Gastroenterología, de Hematología, Nefrología y Video Cirugía.

El hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala, catalogado como un hospital departamental hasta en el año 2010, con el manejo de 176 a 186 camas pero debido al aumento de la demanda de atención se incrementó a 202 camas a partir de enero del año 2011, se reciben pacientes de toda Guatemala, principalmente pacientes de Chimaltenango Escuintla y Ciudad Capital por ser adyacentes, por el volumen de cartera que maneja este hospital debería estar siendo considerado como Hospital Regional con su respectivo presupuesto, lo que le daría mayor capacidad de respuesta al incremento de egresos un 5.4% emergencias 4% sala de operaciones 3% labor y partos un 4% etc. de demanda que se proyecta para cada año.

Entre las potencialidades que se han desarrollado ya es un hospital escuela con pre-grado y pos-grado universitario de Medicina Interna, Traumatología, Gineco-Obstetricia y Pediatría egresando 4 especialistas de Medicina Interna en el año 2010, esperando a partir en el año 2011 una producción de 20 especialistas cada año, quedando pendiente de iniciar su programa de pos-grado. Cirugía y Anestesia, en otras disciplinas se cuentan con estudiantes de la Licenciatura en Psicología de 5to y 6to año, se cuenta con estudiantes de Químico Biólogo, Nutricionistas, Técnicos de Laboratorio, Técnicos de RX, Químico Farmacéutico, Enfermería Profesional y Auxiliares de Enfermería, Secretarias, Peritos Contadores, Bachilleres en Computación y Fisioterapistas.

Se ubica en la Aldea San Felipe de Jesús Antigua Guatemala, Sacatepéquez Latitud Norte 14° 35'25.4", longitud oeste 90° 43'37.0", área física de 58,750mts.2, altura de 1,554msnm. Y genera 667 puestos de trabajo.

Con las siguientes características área verde y forestal y parqueos que rodean el Primer Piso que albergan las Emergencias, consulta externa, área administrativa,(

(dirección, gerencia ad, recursos humanos, presupuesto, tesorería, compras, contabilidad, jefatura de enfermería, epidemiología, sala de operaciones y anestesia y recuperación, labor y partos, y servicios de apoyo , laboratorio diagnóstico, rx, banco de sangre, patología (morgue), central de equipos, departamento de nutrición, trabajo social, departamento de registros médicos, estadística, bodegas de farmacia interna y material médico quirúrgico. Departamento de materiales y suministros, atención al paciente, departamento mantenimiento, departamento de patrimonio, departamento de lavandería, departamento de intendencia y departamento de seguridad, salón de conferencias y salón de artes gráficas. Cuenta con una torre de 3 pisos donde se ubican los encamamiento médicos de pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, traumatología, fisioterapia, medicina interna e intensiva y banco de leche materna.

La cobertura en salud en el municipio según el Ministerio de Salud Pública durante el 2008 fue de 23,990 pacientes, lo que corresponde a un 53% de la población, pero la visión que tienen los actores en territorio es que no cuentan con personal y medicamentos necesarios en el centro de salud y en el hospital nacional. El 47% restante de la población recibe atención médica en los hospitales privados o en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS (MSPAS, 2008).

La infraestructura de salud en La Antigua Guatemala está conformada por 1 hospital Nacional Regional que se le llama Pedro de San José de Betancourt ubicado en la aldea de San Felipe de Jesús, atiende toda causa de morbilidad, en todas las especialidades, teniendo la cobertura departamental y recibiendo referencias de Escuintla y Chimaltenango. Un hospital de ancianos, Fray Rodrigo de la Cruz que se encarga de los pacientes de ese sector geriátrico, 1 centro de salud tipo A, que coordina a 11 centros de convergencia, 1 centro de atención del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que atiende a los trabajadores afiliados, esposas de estos y niños menores de 5 años, ubicado en el inicio de la carretera a San Felipe de Jesús.

MOVILIDAD

El Centro de Salud está ubicado en la Calle Ancha de los Herreros, a él convergen la mayoría de pacientes de la Antigua Guatemala, también en ese punto están ubicadas las clínicas de IGSS, en la aldea de San Felipe de Jesús se encuentra el Hospital nacional

Pedro de Betancourt que cubre todo el departamento y recibe referencias regionales, se debe señalar que las obras sociales del santo hermano Pedro de los frailes Franciscanos ubicadas en el casco urbano, reciben pacientes de toda la república.

OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN:

Los objetivos cubren tres niveles primarios de salud

1. Prevenir enfermedades (Nivel Primario)

- a) Saneamiento del medio
- b) Educación sanitaria
- c) Control del niño sano

2. Curar enfermedades (Nivel Secundario)

- a) Atención de pacientes agudamente enfermos, con tratamiento médico quirúrgico
- b) Atención al paciente ambulatorio
- c) Atención a la madre embarazada
- d) Educación para recupera la salud

3. Rehabilitación (Nivel Terciario)

- a) Educación para mantener la salud
- b) Integración al hogar
- c) Seguimiento en consulta externa o en la comunidad

Meta del Hospital Pedro de Betancourt: Disminuir la Morbi-Mortalidad del área de influencia.

MISION

“Somos un Hospital Nacional, de la región central, nos dedicamos a atender población de todas las edades y estratos socioeconómicos, sin distinción de preferencias religiosas, políticas, en prevención, curación y rehabilitación en salud. La atención la

efectuamos en los servicios, en un ambiente ordenado y limpio, con equipamiento básico y tecnología actualizada, así como sistemas de planeación, ejecución, control y mejora continua de los servicios para asegurar la satisfacción plena del usuario, contribuyendo con nuestro trabajo al desarrollo y progreso del país.”

VISION:

Brindar atención general especializada y subespecialidad con enfoque multidisciplinario a pacientes de Sacatepéquez y otras áreas de la república, que consultan los diferentes servicios que conforman el hospital con capacidad física instalada adecuada a la atención integral en salud con tecnología que responde a las necesidades de prevención diagnóstico y tratamiento con un personal capacitado, constantemente motivado y satisfecho de la presentación de servicio que ofrece en todas las áreas apoyado por universidades a nivel nacional e internacional formando profesionales de diferentes especialidades.

SERVICIOS:

Los servicios con los que cuenta el Hospital son: Psicología, ginecología, pediatría, nutrición de niños, nutrición de adultos, crecimiento y desarrollo, medicina de mujeres, medicina de hombre, cirugía, cirugía plástica, traumatología, dermatología, neurología, odontología, cirugía menor, terapia del lenguaje, endoscopia, ultrasonido, curaciones varias, servicio social, programa para diabéticos, emergencias, farmacia, laboratorio, radiología, patología.

1.3. Descripción de la población atendida.

El Ejercicio Profesional Supervisado está dirigido al personal del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt ubicado en la Aldea de San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepéquez a los pacientes de consulta interna hospital como a sus familiares en especial el familiar encargado de la salud del pacientes, el cuidador.

La población a trabajar hombres y mujeres, en el área de servicio con hombres y mujeres pacientes de las áreas de medicina interna, cirugía, ginecología y madres de

pediatría de 19 años a 82 años, además de los familiares de los pacientes internos. De etnia ladina y maya.

En el área de Docencia con Niños y adolescentes en las instituciones educativas en Antigua Guatemala de edad 9 años a 18 años de edad, se trabajó con mujeres de 20 años a 80 años. En la comunidad de San Antonio Aguas Calientes y con madres de internos de pediatría mayores de 18 años.

El hospital atiende no solo ha residentes sino también originarios de Chimaltenango, Mixco, Ciudad de Guatemala, Antigua Guatemala, Jocotenango, entre otros. De educación variable profesionales, trabajadores de clase media, estudiantes, personas que no han recibido ningún tipo de educación,

En su mayoría provienen de familia desintegradas, clase media baja, nivel académico aproximado entre sexto primaria a tercero básico, la población del hospital familia de patriarcado y machismo. La comunidad tiene una ideología marcada con la religión la mayoría es de religión católica practicante quienes buscan apoyo en Dios y sienten que Dios les castiga con problemas de salud por un comportamiento indebido

Los familiares de los pacientes internos suelen concentrar todas sus energías y pensamientos en el cuidado de las necesidades del paciente por lo que tiene un bajo concepto de sí mismos y debido a la carga de estrés que se genera al cuidar del paciente presentan bajas en el estado de ánimo, cansancio y frustración por cuidar del paciente pero se cree que es su deber y quejarse o pedir ayuda es considerado como una traición por ser “mal padre, mal hijo o mal conyugue”

La conducta de los pobladores respecto a su problema es de represión tanto el paciente como el familiar no expresan sus sentimientos sobre los síntomas consecuentes a su situación por no querer ser una carga para el otro reprimen el problema con la falsa idea que si no se concentran en el desaparecerá suelen recurrir a la fe como explicación y excusa para las acciones de otros y de sí mismos.

El nivel socioeconómico de los pacientes y familiares suele ser bajo y medio por lo que las cuentas del hospital afectan gravemente su presupuesto, los familiares de personas

con enfermedades crónicas tiene problemas económicos debido a que el paciente no labora y el cuidador tienen trabajos que pueda realizar en casa para poder monitorear al paciente.

En el sub programa de docencia las mujeres de las comunidades en su mayoría no tienen estudios escolares por lo que son analfabetas sumisas y tradicionales, los adolescentes con los que se trabajó en su mayoría tenían malas relaciones sociales con el resto de los alumnos sufriendo o provocando abuso escolar y con una relación distante o mala con sus padres provocando problemas de comunicación.

1.4. Planteamiento de los problemas/necesidades psicosociales

La salud mental y la salud física son fundamentales en el bienestar de una persona, para tener un cuerpo sano tanto la mente como el cuerpo deben estar en equilibrio, cuando el cuerpo está enfermo la mente también sufre y lo mismo sucede de manera viceversa, la enfermedad física influyen en la salud mental genera como consocias alternaciones en su estado de ánimo, relaciones sociales, etc...

El Hospital Departamental Pedro de Bethancourt brinda atención a todo tipo de pacientes con diferentes enfermedades físicas, se necesita también acompañamiento psicológico para el paciente y su familia para poder salir adelante. Los diagnósticos encontrados en los pacientes en su mayoría fueron: ansiedad, depresión, duelo, problemas familiares, problemas conyugales, voyerismo, somatización, retraso mental, estrés, dificultades adaptativas, estrés post traumático, burnout y retraso en el desarrollo.

La manera de reaccionar ante la enfermedad depende de la personalidad del individuo, su ambiente, sus reacciones, síntomas, mecanismos de afrontamiento para resolver la problemática. Cuando se diagnostica una enfermedad no solo el paciente es el que sufre de la enfermedad crónica sus familiares son afectados de manera secundaria por la carga emocional, física y económica que lleva el cuidado del paciente crónico. La relación familiar influye en la recuperación del paciente disminuyendo los síntomas negativos de ambos, es vital el apoyo psicológico para mejorar la salud mental.

En la actualidad el cuidado e interés de la salud se centra principalmente en el cuerpo físico y en muchos casos, se descuida la salud mental. Al diagnosticar una enfermedad crónica todo el interés se va al paciente enfermo no se brinda apoyo al familiar que cuida del paciente, la familia es influenciada por la enfermedad por lo que es necesario un acompañamiento terapéutico tanto para el paciente como para sus familiares cercanos.

CAPÍTULO II

2.1 Abordamiento Teórico Metodológico

Salud y Enfermedad:

“La salud y la enfermedad no tienen una raíz exclusivamente orgánica. Los procesos por los que se adquieren se encuentran entrelazados. Dada la condición social del ser humano y el funcionamiento intersistemático de nuestro organismo, cualquier factor que le afecte se encuentra involucrado en todo y cada uno de los sistemas de los que forma parte. La condición humana no puede comprenderse mediante el análisis aislado de los elementos que la integran.”¹

La salud de una persona se encuentra ligada con el ambiente en el que convive, y los elementos del mismo así como son los factores psicosociales de la vida de las personas, muchas veces se observan la salud de una persona como un factor aislado, así es cuando se diagnostica una enfermedad sin considerar que si bien la salud física del paciente es afectada al tener una enfermedad, no solo es afectado su organismo sino que también su psique, su salud mental es afectada. El estado mental del paciente cambia, lo mismo sucede en viceversa, ya que el estado mental de un paciente influye en su salud física; las dos partes se complementan, siendo un todo al hablar de la salud de las personas.

Cuando el hombre enferma no solo enferma su cuerpo, cuando enferma la mente psique del hombre también enferma y sufre su cuerpo, En los seres humanos, la naturaleza del enfermo, en cualquiera de sus formas se encuentra implicada en ambas dimensiones de la condición humana: lo somático y lo psíquico. Y estas percepciones de la enfermedad han de ser sin embargo integradas y sistemática. La salud y la enfermedad tienen sentido para cada individuo en su situación y contexto (semántica). El significado personal, social e institucional de la enfermedad es diferente para cada persona, teniendo influencia sus personalidades, mecanismos de defensa para afrontar las enfermedades, la dinámica familiar su grupo de apoyo primario, y otros factores sociales.

¹ Nieto Manuera J, Abad Mateo A., M. Esteban Albert, M. Tejerina Arreal, Psicología para ciencias de la Salud, McGraw'Hill. España, 2004

El Comportamiento humano nace de una serie de complejos procesos, unos básicos e instrumentales; otros, superiores y elaborados; unos voluntarios; otros involuntarios e inconscientes, físicos y biológicos. La conducta humana se produce en amplios ambientes, ámbitos de la vida del organismo corporal, del individuo en su conjunto, de sus relaciones familiares, sociales, experiencias, etc.

De la misma manera sucede cuando es el estado mental de la persona la que sufre y de esta manera es afectado el cuerpo del paciente, Una parte no desdeñable de las enfermedades tienen determinantes relacionados con los hábitos de salud. Esto ocurre, al menos en dos vertientes:

Se encuentran ampliamente documentadas las relaciones entre los sistemas nervioso e inmunológico. Esto implica que el funcionamiento del sistema de defensas del cuerpo está en gran parte relacionado con el funcionamiento del sistema nervioso (el cual a su vez determina y está determinado por factores como el estado de ánimo). Los factores psicológicos, sociológicos, culturales, familiares y de más influyen decisivamente en la salud, no solo el factor orgánico.

“La enfermedad se origina por la combinación de una serie de factores que incluyen al individuo, éste ya no es visto como un ser pasivo, sino activo”.² Tanto de la enfermedad como de la recuperación, no se trata de que todas las enfermedades físicas estén originadas por un trastorno psíquico sino que al enfermar el cuerpo se enferma también la psique debido a que la enfermedad no es causada solo por un factor independiente y de la misma manera no solo es afectado un solo aspecto de la persona, de esta manera para la recuperación y la calidad de vida del paciente se tiene que tener una ayuda en conjunto tanto médica como psicológica mejorando su salud.

Salud Mental:

Salud Mental de acuerdo a la OPS/OMS. La Organización Mundial de la Salud intenta dar un enfoque multidisciplinario respecto a la salud mental, integrando aspectos

² ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA. Corrientes contemporáneas de la psicología de la salud, Igsa

psiquiátricos, psicológicos y sociales. La salud mental es la actividad de la conciencia, es afectividad, autovaloración personal y actividad de grupo, es voluntad, inteligencia, memoria, atención, pensamiento. La salud mental es parte integral e íntegra de la salud humana, es la esencia que determina el ser.

“La salud mental es un estado de bienestar psicológico y emocional que permite al sujeto emplear sus habilidades mentales, sociales y sentimentales para desempeñarse con éxito en las interacciones cotidianas. La salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos.”³ Se refiere a la manera como cada persona se relaciona con los otros en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo, en las actividades recreativas, en el contacto diario con nuestros iguales y, en general, en la comunidad. Comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida.

En psicología cuando se habla de salud mental se la entiende como un “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales”. También se considera un estado normal del individuo (Davini, Gellon De Salluzi, Rossi, 1968).

“La salud mental abarca todo el entorno de una persona como se relaciona con otros miembros de su comunidad, sus comportamientos, relacione, hábito, valores, las ideologías propias y la manera en la que uno enfrenta las distintas experiencias de la vida, la salud mental depende de cómo se siente uno consigo mismo y, cómo uno se siente frente a otras personas, se trata de interior y el exterior de cada persona y la dinámica que existe entre los dos, como el equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, como una manera de vivir que suponga el desarrollo de la potencialidad humana, que permita el goce pleno y armonioso de sus facultades, para disfrutar un bienestar individual y para participar en el progreso común.”⁴

³ BORRELLA, G.B. La Salud Mental. Obtenida el 20 de Octubre de 2014.
<http://www.psicomed.net/saludmental.html>

⁴ BORRELLA, G.B. La Salud Mental. Obtenida el 20 de Octubre de 2014.
<http://www.psicomed.net/saludmental.html>

Ya que la salud mental está vinculada con los factores sociológicos los cuales influyen en la recuperación como en el diagnóstico del paciente son múltiples esto afectan tanto al paciente como a su familia en la relación y aceptación de la enfermedad.

Personalidad:

Millon y David (2001) definen la personalidad como un patrón complejo de características psicológicas que configuran la constelación completa de la persona, y que se expresan de manera casi automática en las conductas humanas. Estas características, según Millón, emergen de una matriz compleja en la que están presentes disposiciones biológicas y experiencias de aprendizaje, en función de las cuales se organizan forma relativamente estable (estilos) de pensar percibir, sentir, afrontar situaciones y relacionarse con otros seres humanos y con objetos del mundo cultural.

Dinámica Familiar:

La familia es una unidad de parentesco, relación económica y doméstica biogeneracional que incluye a uno o ambos padres y a sus hijos biológicos, adoptivos, hijastros o todos ellos. Según el diccionario médico Mosby publicado en 2009, la dinámica familiar se define como la fuerza en el trabajo de una familia que produce comportamientos y síntomas particulares.

Es la manera en que una familia vive e interactúa lo que crea la dinámica. Y esa dinámica, cambia cómo son sus integrantes, hurgando en su psique, y por último influye en la forma en que ven e interactúan con el mundo fuera de la familia. Estas cualidades básicas sientan las bases para la dinámica familiar: sin una estructura, estas dinámicas no pueden desarrollarse. “Las dinámicas se ven afectadas por muchos factores, incluyendo el número de hijos o la cultura de la familia.”⁵ Las relaciones entre los miembros cambian cuando un miembro de la familia se encuentra enfermo y de manera permanente cuando se trata de una enfermedad crónica.

⁵ s. grey. Dinámica familiar. Obtenida el 20 de octubre del 2014 http://www.livestrong.com/es/dinamica-familiar-tip_10774/

Un cambio temporal sucedía cuando el paciente se encontraba interno por enfermedad temporal o accidente leve, los cambios son diferentes dependiendo el miembro de la familia que se encuentra hospitalizado, también el nivel socio económica de la familia del paciente como de los miembros de la familia que apoyan emocional, física y económicamente al paciente, debido a que el hospital es una entidad pública y gratuita los pacientes cuentan con más apoyo económico pero sin eliminar por completo el pago total del medicamento o procedimientos, de acuerdo al rango de edad de los pacientes son diferentes sus necesidades y el cuidado y responsabilidad que necesiten de parte de su familia, los grupos de pacientes hospitalizados con los que se pudo trabajar en atención psicológica se dividen en dos adultos y niños presentando diferentes problemáticas psicosociales.

Problemática psicosocial de la hospitalización adultos:

El enfermo hospitalizado puede presentar alteraciones emocionales, especialmente sintomatológicas ansiosas o depresiva, y experimentar sentimientos de personalización, de perdida, de incertidumbre y desvalimiento y de falta de control de la situación. También tiende a desarrollar actitudes de dependencia excesiva, al igual que aumenta el nivel de regresión y de desorganización de su comportamiento, características estas que en materia o menor grado presenta en todo enfermo definición por Lipowski.

Muchos de los pacientes hospitalizados presentan soledad y extrañan a los miembros de su familia independientemente de la razón por la que se encuentren hospitalizados, depresión, ansiedad, aburrimiento, incomunicad y molestia son algunos de los síntomas por estar hospitalizados.

Problemática Hospitalización en niños

A partir de los cinco años, los niños son conscientes de la seriedad de la enfermedad que padecen, aunque nadie se lo haya comunicado. La falta de información puede producir tensión y fantasías perturbadoras. El tratamiento de muchas enfermedades crónicas infantiles con lleva que los padres permanezcan durante un periodo de tiempo, o se desplacen frecuentemente a un centro hospitalario, que, en ocasiones, puede hallarse a

una gran distancia de su casa. Los padres deben armonizar los esfuerzos por el cuidado de su hijo con la atención de sus propias necesidades y las de su familia

Las distintas actitudes del paciente y de sus familiares varían dependiendo de la condición de la salud del enfermo considerando si el paciente se interna de manera breve o más extensa también considerando si la enfermedad del paciente es crónica o temporal, la carga y responsabilidad por cuidar del paciente también influye dependiendo de los factores económicos, dinámica familiar, personalidad, cultural, y el diagnóstico de la enfermedad que tiene su familiar. Los cambios sufridos también dan al adaptarse de manera completa en caso que la enfermedad sea crónica. En el peor de los casos la madre decide detener el tratamiento por la falta de apoyo de su familia y por no conseguir quien cuide a sus hijos por ella, también se observan irregularidades en su estado de ánimo, sueño y apetito aunque no los expresa porque su prioridad es su hijo o hija.

Las enfermedades físicas crónicas

La mayoría de las enfermedades físicas crónicas comparten cinco importantes características biológicas (Leventhal y cols., 2004): 1) son sistémicas, es decir, afectan múltiples sistemas corporales y una amplia variedad de funciones físicas y sociales, 2) son problemas de por vida, esto es, se desarrollan a lo largo de muchos años, aunque la mayoría se hace visible clínicamente en una edad tardía, 3) pueden ser controladas, pero no se curan, 4) muchas, aunque no todas, tienen un carácter insidioso, esto es, afectan gradualmente una amplia gama de actividades vitales y 5) muchas se caracterizan por ser relativamente silenciosas, alternando fases tónicas con episodios severos y complicaciones dramáticas.

En general son procesos dinámicos que se desenvuelven a través del tiempo y demandan reajustes así como profundos cambios en la vida. “Las personas pueden enfrentar, además de los problemas físicos, dificultades en la interacción con el equipo de salud, así como preocupaciones a nivel familiar, laboral y económico, como consecuencia de sus padecimientos. Muchas personas consiguen tener éxito en la adaptación a estos cambios, pero otras no lo logran. Dependiendo del tipo y estadio de la afección, entre el

12% y el 40% de los pacientes padecen alguna forma de trastorno emocional” (Brothersy cols., 2011; Hotopf y cols., 2002; Kellerman y cols., 2010).⁶

Debido a que la enfermedad es crónica el paciente no solo lleva control por su enfermedad al hospital lo que significa visitar periódicamente las instalaciones del hospital también puede ser internado durante varias veces en su vida, la familia y el paciente cambian su rutina y se acostumbran al control de la enfermedad del paciente no solo la vida del paciente se adapta sino también la de su familia quienes deben modificarla de igual manera si bien la carga física (la enfermedad misma) la tiene el paciente los efectos secundarios no solo se limitan a él sino también a su familia, todas las cargas económicas, sociales, emocionales, físicas (después de todo el cansancio y estrés de la enfermedad de su familiar le causa somatización y consecuencias de salud físicas a sus familiares también).

Toda la dinámica y role de la familia cambian de manera dramática y en la mayoría de casos de manera permanente la familia no solo sufre por su familiar enfermo sino también por el factor económico, el estigma de la enfermedad diagnosticada, el pronóstico y tratamiento de la misma, la comunión entre ellos suele evitar a toda costa el tema de la enfermedad del paciente o en caso contrario centrare en la salud del paciente. La carga emocional es grande pero el familiar considera que aceptar estar cansado o resentir esta carga es traicionar al paciente, familiares comentan sentirse inútiles y desesperanzado al despertar pensando en las visitas al hospital, buscar de exámenes y medicamentos por si solo.

El apego y la dependencia incrementa en ambos lados el miedo a perder a su familiar también es grande eh imposibilita muchas accione tanto del paciente como del familiar, los familiares tiene grande cambios físicos también y su vida social se acorta, sufriendo síntomas de la enfermedad del paciente.

⁶ Gómez, B. (2011). introducción al tema especial: contribuciones de La psicología clínica al campo de Las enfermedades físicas crónicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XX (No. 3). 197-200

Modelos que definen como la familia reacciona ante la enfermedad crónica

Para explicar la forma como la familia influye sobre la enfermedad crónica, han sido propuestos los siguientes modelos teóricos, de entre todos ellos los más importantes son:

Modelo ABCX de Hill

Este modelo propuesto por Reubin Hill³¹ en 1949, conocido por las abreviaturas ABCX, intenta analizar las situaciones críticas provocadas en la familia como consecuencia de una situación estresante. El concepto de crisis (X) se define como el momento en el cual la unidad familiar se ha roto debido a alguna situación estresante. El autor propone la existencia de tres factores críticos interrelacionados para explicar la evolución de la crisis familiar. Estos tres factores son los eventos estresantes (A), los recursos de las familias necesarios para enfrentarse a este hecho (B) y la definición que hace la familia de este (C). Generalmente “las familias más propensas a situaciones de crisis suelen tener muy pocos recursos de adaptación, por ello, cualquier evento estresante es sentido como un episodio de crisis en el seno de la familia”.⁷ Dentro de este modelo, “las familias que inician un proceso de adaptación sufren una trayectoria que culmina con la fase de recuperación. Esta recuperación permitirá mantener la homeostasis y la unidad familiar”. Si esta no se produce, surgirán diversos cuadros patológicos.⁸

Doble Modelo ABCX

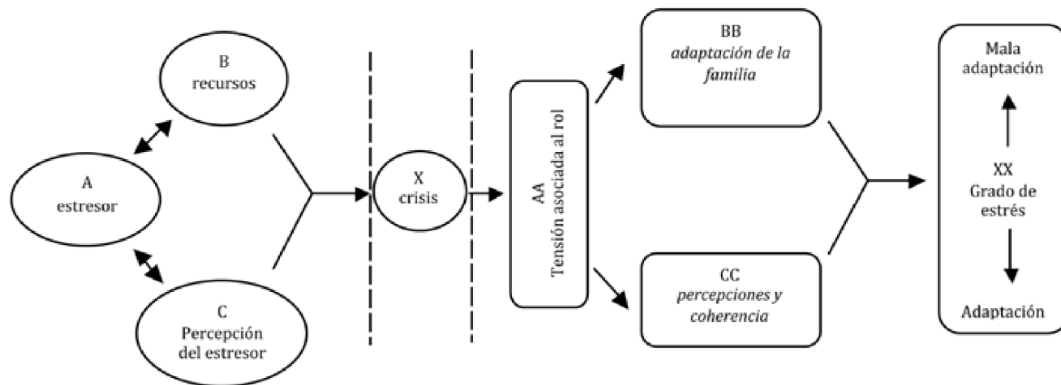
En posteriores investigaciones y a partir del modelo ABCX de Hill, Mc, Cubbin y Patterson en el año 1983 desarrollaron el doble modelo ABCX.” El término doble hace referencia, por un lado, a la acumulación de problemas adicionales secundarios a la disrupción causada por la crisis inicial y, por otro, se le suma también la continua combinación de cambios iniciados por los enfermos crónicos”.⁹

⁷ De La Revilla L, Fleitas L. El apoyo social y la atención primaria de salud. Aten Primaria. 1991. 664-6.

⁸ De La Revilla L. Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Granada: Ediciones Adhara, S. L.; 2000.

⁹ Mc Cubbin H, Patterson J. Family stress and adaptation to crises. Beverly Hills: Sage; 1983.

Según esta teoría las familias necesitan alcanzar diferentes niveles de funcionamiento como resultado de los cambios en el sistema familiar. En este modelo participan cuatro elementos. El primer elemento es el estresor (AA). Este es visto como un proceso en el cual se acumulan las situaciones de estrés producidas debido a la presencia de la enfermedad y las fuentes de tensión que la familia debe enfrentar. Los cambios sufridos por el cuidador han sido denominados “tensiones asociadas al rol” (pile-up). En este caso, el estrés sufrido puede provocar demandas para el cambio e implementar fuentes de esfuerzo adicionales que permitan a la familia luchar contra el acontecimiento estresante. El segundo elemento implica los recursos de adaptación de la familia (BB) y supone realizar una valoración conjunta de la situación familiar, la capacidad de la familia para abordar la crisis, y la coordinación de todos los aspectos necesarios para el funcionamiento familiar. El tercer elemento del modelo lo forman las percepciones y coherencia (CC) que refleja la aceptación y la comprensión de la situación. El cuarto elemento es la adaptación familiar (XX) referido al grado de adaptación en respuesta a la crisis. La adaptación es una variable continua y transcurre desde la buena a la mala adaptación.



El modelo sistémico de Rolland:

Este modelo desarrollado por Rolland describe los procesos de interacción entre las demandas psicosociales derivadas de la enfermedad crónica y las fases cronológicas de esta (fase de crisis, fase crónica y fase terminal). En este modelo es necesario hacer referencia a los siguientes aspectos:

a) Tipología psicosocial de la enfermedad crónica Es importante conocer los aspectos psicosociales que pueden influir en la enfermedad crónica para facilitar un mayor vínculo entre el mundo psicológico y el biológico.

b) Fases cronológicas de la enfermedad crónica

Para intentar analizar las fases cronológicas en la historia natural de la enfermedad crónica, ésta puede dividirse en tres fases: fase de crisis, fase crónica y fase terminal.

En la fase de crisis, los síntomas son manifiestos pero el diagnóstico aún no está claro. En esta fase la familia se enfrenta al dolor y la incertidumbre e intenta dar un sentido a la enfermedad. En la fase crónica incluye el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la fase terminal. En esta se producen alteraciones continuas a nivel psicológico o de organización interna que deben ser abordados por el núcleo familiar. Por último, la fase terminal está marcada por la inevitabilidad de la muerte. “La familia elabora la fase de duelo y predominan los sentimientos de dolor, separación y muerte”¹⁰

Modelo transaccional del estrés adaptado a la situación de cuidado

Del mismo modo que la mayoría de los modelos que analizan “el cuidado que ejerce el grupo de individuos sobre el enfermo crónico este modelo, desarrollado por Haley”¹¹, se basa en el modelo de Lazarus y Folkman “El modelo del estrés adaptado a la situación de cuidado expone la necesidad de considerar al estrés como un proceso en que intervienen factores propios del individuo, los eventos estresores y los recursos del cuidador”.¹²

En este modelo “se considera más importante la percepción y la interpretación que el cuidador hace del potencial estresor en términos de capacidad para causar daño, más que el propio suceso en sí mismo, los factores que explican las diferencias individuales en

¹⁰ Espina A. Las necesidades familiares ante la enfermedad grave. Propuestas metodológicas de intervención. In: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, editor. La familia en la terminalidad. Guipúzcoa; 1987

¹¹ Haley WE, Levine EG, Brown SL, Bartolucci AA. Stress appraisal coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. Psychology and Aging. 1987;2:323-30.

¹² Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and coping. New York: SpringerPublishing company; 1984.

las respuestas de estrés y las consecuencias de cuidado”¹³ De esta forma se define el estrés como una relación dinámica y bidireccional entre un individuo y el evento estresante, siendo este entendido por la persona como algo que puede exceder sus propios recursos y que sería capaz de poner en peligro su propio bienestar personal.

Rol en la Familia:

La familia tiene roles que se configuran dentro de ella, cada miembro asume un papel en el funcionamiento de la familia según las cualidades y relaciones que se dan en el grupo familiar

Los roles de lo miembro de la familia también cambian esto se debe que cuando un miembro de la familia se encuentra enfermo los roles se remplazan o redistribuyen para abarcar el rol del paciente enfermo quien se encuentra imposibilitado para realizar el papel que antes tenía o en ausencia total. Uno de los casos en el cambio de rol de la dinámica familiar sucede cuando un conyugue se enferma los hijos tiene más responsabilidades, cambiando su rol en la familia como cuidador de sus hermanos, la madre se convierte como proveedora principal.

En los pacientes del hospital departamental Pedro de Bethancourt se observó que el apoyo de sus familiares forma gran parte de su recuperación así mismo que las emociones junto con los sentimientos de los pacientes crónicas están vinculados por los intereses de su familia, no solamente es el paciente el que es afectado cuando este es internado o recibe seguimiento por su diagnóstico. En la mayoría de los casos solamente se recomienda apoyo psicológico a el paciente descuidando a su familia, ignorando la carga emocional que sufre los familiares, las consecuencias psicológicas de los familiares son muchas dependiendo de las características de los distintos diagnósticos crónicas o temporales, también influye cual es el familiar que se encuentra en el hospital: su conyugue, padre, hijos...etc. Todos esto factores varían en el impacto de los familiares hacia la enfermedad del paciente.

¹³ Losada Baltar A, Montorio Cerrato I, Izal Fernández de Trocóniz M, Márquez González M. Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Madrid; 2006.

Las enfermedades crónicas son extensas, las que se pudo trabajar desde cerca son principalmente la diabetes, el alcoholismo, cáncer, enfermedades neurodegenerativas entre otras. Los diagnósticos de los pacientes son:

Accidente cerebrovascular de origen isquémico

Es un trastorno clínico patológico del sistema nervioso central que se produce como consecuencia del compromiso de los vasos que lo irrigan, esta disfunción se debe a una alteración circulatoria determinando compromiso funcional, vital del territorio afectado. “El ACV puede conducir a amenazar la vida con complicaciones como la obstrucción de la vía aérea, el fracaso respiratorio, problemas de deglución con el riesgo de aspiración, deshidratación y la desnutrición e infecciones”.¹⁴

Estado emocional del cuidador. El estado emocional del cuidador es fundamental. Los pacientes empeoran cuando sus cuidadores se sienten deprimidos ya que no saben nada acerca de lo que es una embolia ni cuando la vida familiar se altera. En un estudio realizado, más de la mitad de los cuidadores se sentían deprimidos, especialmente si las víctimas de apoplejía presentaban demencia o un comportamiento anormal.

Los paciente que han sufrido un ACV tienen un área limitada o disfuncional de su cuerpo en la mayoría de los casos los pacientes no pueden hablar pueden mover solo una parte de su cuerpo, la comunicación es limitada, casi imposible. Afectando no sola la expresión del paciente sino la impotencia del mismo, entran en la realidad de los cambios que hora sufren, la mayoría de los pacientes antes del evento como parte de su personalidad no expresaban sus sentimientos, suelen retener sus emociones además de enojarse demasiado, todo esto se observa en una persona con presión alta. Los pacientes ACV dependen de su familia para todas las actividades diarias es posible la recuperación de habilidades pero no se asegura ni tampoco se considera una recuperación completa sino más bien parcial por algunos efectos de la enfermedad.

Los familiares deben ayudar, mover, cambiar y alimentar al paciente debido a su estado, los pacientes deben de realizar actividades independientes para no sentirse inútil, teniendo pequeños logros. Uno de los momentos más cruciales suceden cuando el paciente

¹⁴ Temboury. F; Morales De Los Santos. J., enfermedad cerebrovascular, 23 de octubre del 2014.
www.himfg.edu.mx/descargas/.../AccidenteCerebrovascularIsquemico.pdf

debe usar sonda para alimentarse, la mayoría de pacientes relacionaban la sonda con humillación y vulnerabilidad.

Enfermedades Neurodegenerativas:

Estas enfermedades pueden conllevar un mayor o menor deterioro de funciones cognitivas, conductuales y motoras. Puede verse afectado; el equilibrio, el movimiento, el habla, la respiración, la función cardíaca. En estadios avanzados, el paciente dependerá de un cuidador las 24 horas del día con cuidados paliativos.

En un nivel psicológico: las pérdidas progresivas e irreversibles de capacidades, las habilidades afectan a la autonomía, la autoestima del enfermo, e inciden directamente en sus familiares o cuidadores primarios. La continúa sobrecarga junto con el dolor emocional puede producir frustración, ansiedad, temor, culpabilidad, aislamiento, tristeza, irritabilidad, estrés, depresión y angustia.

“Los cambios de roles, el desgaste personal, emocional, la convivencia, el impacto en la calidad de vida familiar, los continuos reajustes y limitaciones, pueden dañar las relaciones familiares e interpersonales”.¹⁵ Es necesario que las personas con alguna enfermedad neurodegenerativa reciban atención psicológica en terapia individual p grupal con el objetivo a mejorar la calidad de vida y bienestar psicológico de las personas afectadas, los cuidadores o familiares, estos últimos pueden experimentar estrés y burnout debido a la condición del paciente enfermo.

Los casos de enfermedades neurodegenerativas no son comunes, los pacientes necesitan atención de varios equipos de salud como; es fisioterapia, terapia de lenguaje, psicología, equipo médico. Los casos referidos por los doctores se enfocan en el paciente no en la familia, debido al deterioro de la salud del paciente y sus necesidades especiales, un miembro o amigo de la familia siempre lo acompaña para poder ayudarlo en las actividades diarias.

¹⁵ Alonso. A.I., Cruz Gonzalez, J. Aportaciones Psicológicas en las enfermedades neurodegenerativas. Servicio de Neurología del Hospital Central de la Cruz Roj.

Es por esto que los miembros de la familia se acercan a hablar con confianza a personal de salud médico, el familiar se observa con descuido en el aspecto general se les debe motivar a que hablen de ellos mismos así logran expresar sus verdaderos sentimientos, muchas veces esto requiere tiempo al estar acostumbrados a tener como centro la enfermedad degenerativa del paciente, no logran ver más que eso como parte fundamental en su vida. La mentalidad positiva es importante para el paciente como para su familia.

Debido a que esta enfermedad progresa los gastos económicos no disminuyen sino al contrario aumentan dificultando el cuidado del paciente generando preocupación por gastos médicos, tristeza al mismo tiempo el cuerpo del paciente se deteriora de manera gradual, generando cuidados cada vez mayores. El familiar se vuelve su acompañante y su cuidador en el transcurso de su vida, volviéndose dependiente para realizar actividad rutinaria desde los cuidados médicos hasta los cuidados higiénicos, de alimentación y recreación. No solo el paciente se vuelve imponente sino que el cuidador se aleja cada vez más del ambiente, se centra en el paciente aunque no siempre el paciente es rechazado por su familia, si genera una gran carga emocional junto con el desgaste físico que viene con el responsabilizarse del paciente.

Burnout:

Es una defensa patológica ante el estrés, que se manifiesta fundamentalmente en un estado de; intensa frustración, apatía, agotamiento, despersonalización, reducida realización personal, en pérdida de consideración respecto a los compañeros y desmotivación.

Alcoholismo:

La dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe. “Persistencia

en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño”¹⁶.

Los pacientes alcohólicos tienen incidencia de internarse en el hospital varias veces a lo largo de su vida, tienen una razón diferente por la que recurren al alcohol aun sabiendo las consecuencia y el daño para su salud e integridad, las familia de esto pacientes suelen estar acostumbrados a las actitudes dañina del paciente algunas actúan rutinarias, otras enojadas, decepcionadas...

La mayoría de los paciente no cuenta con apoyo social, emocional, económica de su familia, los familiares se encuentran desconsolados y sin saber que hacer al hablar con ello se desahogan de manera rápida y suelen avergonzarse de su familiar se descubrió que los pacientes que todavía cuentan con apoyo o asistencia de algún miembro de su familia al hablar con el familiar y motivar y explicar en que consiste la terapia psicología ambos asisten y se crea consistencia los pacientes alcohólicos que asisten a la terapia tiene mayor compromiso con la terapia psicológica que los que asisten individualmente esto es porque ambos se apoyan comprenden y se cambia el ambiente además que el familiar logra concientizar al paciente para que participe en la terapia, por último la mayor cantidad de pacientes con este diagnóstico son hombres y tiene más de una década con esta enfermedad.

Amputación:

Es importante que tomando los amputados en grupo, no está relacionada directamente la extensión de la pérdida física con las dificultades psicológicas del paciente. Estas dificultades dependen en su mayor parte de los atributos personales del individuo que del tipo de amputación. Por tanto, un individuo con una pérdida física limitada, puede presentar problemas de adaptación mayores que otro individuo con una pérdida más importante.

¹⁶ Thomas F. Babor. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), Organización Mundial de la Salud 2001.

No solo se atendió pacientes que se les amputara por diabetes sino que también por otras circunstancias pero en la mayoría de casos fue por diabetes muchos de estos pacientes fueron ingresados cuando su condición estaba muy deteriorada y no en las primeras fases de la infección esto debido a que negaban la importancia o temían por la amputación es normal ver como los pacientes se aferraban al miembro que necesitaba ser operado y se tenía que usar varias técnicas (terapia cognitivo conductual, Gestalt y de apoyo) para que accedieran al tratamiento. El personal médico (Doctores) comenta que muchas veces es la familia la que logra que el paciente acceda a la operación mirando la amputación como la única forma de salvar su vida y no tan terminal como el paciente, aunque será un gran camino, tanto para la familia como para el paciente, en la vida para la adaptación de la pérdida del miembro el paciente cuenta con algún tipo de apoyo. Por ultimo depende del miembro amputado la reacción y significado del paciente siempre doloroso pero con diferente significado.

Bipolaridad:

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión.

El estigma de esta enfermedad es grave aún en la actualidad tanto en su tratamiento como en el convivencia del mismo las relaciones familiares sufren y se distancian es normal que el paciente los altos y bajas en su estado de ánimo por lo que suele tener intentos autolíticos, No se encontraron más de un caso en el hospital, la madre del paciente tenían una gran carga emocional y culpabilidad por su hijo la presión por cuidar del ya que en

caso contrario sería una mala madre pensamiento absolutista y desconfianza hacia su hijo toda su vida se centraba en su hijo.

Cáncer: (Paciente Oncológico)

Cuando un paciente se le diagnostica un cáncer, se ponen en marcha una serie de percepciones negativas y se desarrolla toda una serie de expectativa y fantasías de carácter negativo que se asocian a la idea de muerte, deformidad, incapacidad, interrupción biográfica: en definitiva, de miedos, tal y como ha señalado Holland (1989).

Debido a que el hospital no es especialista oncológico los casos no son tantos la mayor parte fueron hombres, cáncer de pulmón, testicular y en el caso de las mujeres de seno y ovarías, debido a que el tema del cáncer es tan extenso así son sus reacciones en las personas impredecibles y con bases en su ideología y carácter muchos de ellos consideran poder vencer el cáncer aunque sufren por su diagnóstico y no desean expresar tan libremente sus sentimientos para no penar negativamente su visión a la vida es seguir adelante.

Aunque también necesitan apoyo emocional para el paciente y su familia en este camino ya que presentan miedos, inseguridad, enojo, cambios en el estado de ánimo además del estrés por el factor económico y social del cáncer, también están los pacientes que conocen que su cáncer es terminal y la depresión, preocupación, impotencia entre otros sentimientos invaden su mente ellos también se centran en lo que será de su familia considerándose una carga para su familia, dificultad para relajarse cuando hablan del cáncer en cuestión e incluso ataques de dolor y pánico.

Depresión:

Una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar, tiene las siguientes características: La disminución de la atención y concentración, la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las

ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves), una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, los trastornos del sueño y la pérdida del apetito.

Los sucesos de la vida como la personalidad de los pacientes junto con la herencia familiar juegan un papel importante al momento de diagnosticar la depresión se encontraron bastantes diferencias en cada casos desde pacientes con enfermedades crónica y graves o familiares de los pacientes con enfermedades temporales o crisis, pacientes por amputaciones y cambio de su vida, pacientes que sufrieron accidentes o sufrieron violencia de cualquier tipo, pacientes que se tienen herencia y sufrían baja en su estado de ánimo y por último pacientes que se encontraban en aislamiento o en cuidados intensivos por lo que la soledad, preocupación eran el origen de su depresión si bien hay bastante factores para la depresión el porcentaje de la misma es el mismo para las mujeres y hombres. Los familiares de los pacientes suelen tener apoyo de la familia en su mayoría.

Retraso Mental:

Es un trastorno definido según el CIE 10 por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. Los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales. La adaptación al ambiente está siempre afectada, pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativo en enfermos con un retraso mental leve.

Los casos son variados igual porcentaje entre mujeres y hombre por diferente razones asisten al hospital siempre son referidos cuando el personal médico les concierna tanto la seguridad del paciente como la de otros a su cargo también cuando se cree que no entiende su situación. Todos estos paciente son cuidados por un miembro de la familia y también suelen ser muy dependientes de los mismo este diagnóstico hace que los familiares los rechacen, minimicen o se cansen de estar cerca de ellos, cabe mencionar que

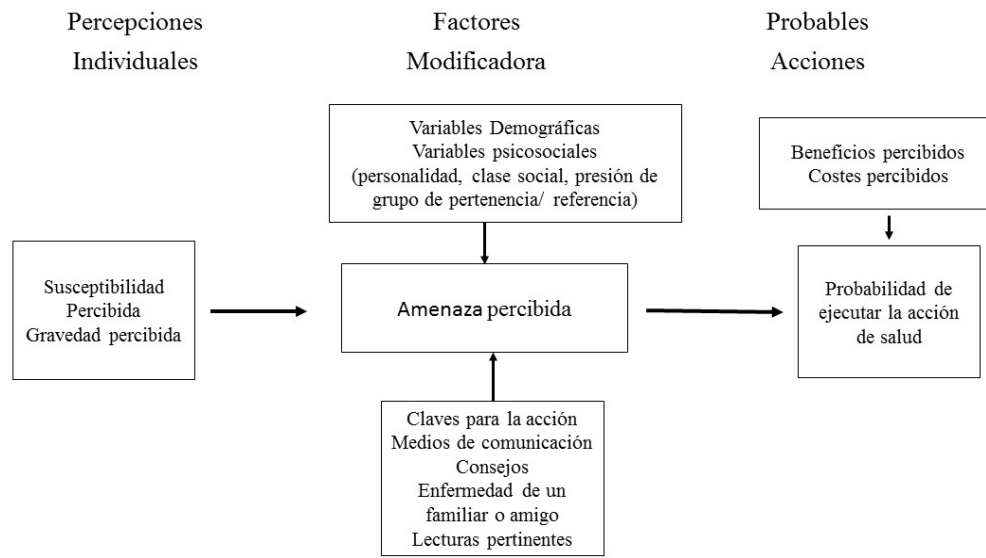
la mujeres con esta condición suelen tener hijos quedar embarazadas cuando su familia las descuida. La madre es la que normalmente tiene el papel de cuidadora y responsable tanto del paciente como del próximo bebe en el caso de los hombres los familiares esperan una cura milagrosa y suelen recurrir a castigos fuertes con la espera de que los pacientes entiendan.

Modelo de Creencias:

Rosentock (1974) aplica los principios de la psicología social cognitiva a la explicación de las conductas que han de producirse para la prevención de la salud y la adopción de las necesarias medidas protectoras para ello es preciso:

- Que el individuo perciba la conducta que se espera como un bien o una necesidad para él, o en su defecto que perciba que la omisión de esa conducta puede constituir una amenaza para él.
- Que la percepción de la enfermedad como amenaza sea captada por el individuo a través de su susceptibilidad perciba a la enfermedad, o posibilidad subjetiva de que le pueda afectar, y de que la gravedad percibida.
- Que el sujeto pueda percibir y juzgar subjetivamente que él tiene posibilidades y condiciones para aplicar tal conducta, para llevarla a cabo, persistir en ella, superar las dificultades que surjan, arrastrar sus costes, etcétera.

Becker y Maiman (1975) adaptan a la situación el modelo de valor/ expectativa, Rotter (1966-1982) añadió como condición para la producción de las conductas esperadas la presencia de un acontecimiento clave, por ejemplo, el hecho de que alguien próximo haya contraído una enfermedad.



Modelo de Relaciones Interpersonales. El apoyo social:

La salud junto con los comportamientos sociales son variables estrechamente vinculadas entre sí. La sociedad y los grupos de pertenencia marcan pautas con las cuales determinan creencias o concepciones que se traducen en conductas favorables y desfavorables.

Las representaciones de la enfermedad, según entornos, épocas y grupos sociales, generan actitudes y comportamientos de respuesta que no se pueden ignorar en una política de salud pública o una educación para la prevención sanitaria. La familia ejerce un papel en la interpretación de los síntomas de la enfermedad del propio concepto de salud así como en las interpretaciones de la eficacia de la respuesta de los comportamientos de los profesionales de los enfermos y del propio tratamiento con marcadas repercusiones sobre el razonable pronóstico de una enfermedad. Por ello, su influencia sobre los criterio para una política de promoción de la salud es determinante (Huici, 1985).

Toda esa urdimbre de concepciones, estereotipos y experiencias intensas, como lo son las relaciones con la salud, hace que los grupos sociales, y en un ámbito más reducido la

familia como núcleo integrador, representen una fuerza de mediación en la reproducción de estilos de comportamiento ante, por ejemplo:

- Los síntomas de la enfermedad y subsiguiente demandas de atención.
- Las conductas previas de la salud.
- Las relaciones con los profesionales de salud, bien sea en el ámbito primario, bien a escala de asistencia hospitalaria, con diferencias significativa en uno y otro caso.
- Hábitos de vida saludable

En cambio de conductas, en consecuencias, es una compleja función que depende de diversas variables entre las que se encuentran las ya citadas y, por supuesto, la plasticidad personal, además de las derivadas de la interacción de la persona con el entorno y con el grupo de referencia (Spacapan. 1987).

Los estilos de vida son el resultado de un conjunto de variables que se presentan de manera diferente en los grupos dependiendo de variables personales y sociales, y que determinan las respuestas de los individuos ante los problemas de salud y la promoción y educación ante las conductas de enfermedad (Barriga y cols., 1990; Rodríguez Martín 1991).

Las relaciones sociales condicionan el rol del enfermo, con amplias diferencias en función de otras variables personales, culturales, educativas, etcétera. (Rodríguez Martín 1991).

Las respuestas comportamentales ante cualquier iniciativa, sea ante episodio de enfermedad sea ante medidas de prevención de enfermedades específicas, es indispensable partir de los análisis, desde la perspectiva de la psicología de la salud, de los factores que condicionan las respuestas comportamentales. “Lo programas de intervención basadas en el apoyo de grupos, y grupos de apoyo social han revelado u eficacia al facilitar la recuperación o la adaptación de la enfermedad”¹⁷

¹⁷ Durá E. Garcés, J.(1991): la teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermo oncológicos, *revista de psicología social*, 6(2= 257-271)

El apoyo social:

Se entiende por apoyo social el conjunto de vínculos interpersonales que tiene una persona determinada, bien sea individualmente, como miembro de un grupo familiar, laboral, asociativo. En situación de enfermedad el apoyo puede tener muy diversas manifestaciones (apoyo económico, domiciliario, acompañamiento, asistencia doméstica) o ser de naturaleza comunicativa o psicológica (estimulo, refuerzo ante las dificultades de la enfermedad, ayuda para afrontar los problemas, etc.). El apoyo social constituye un medio efectivo en su vertiente instrumental, para facilitar el cumplimiento del tratamiento, o también se considera capaz de amortiguar los efectos del estrés que supone la diabetes y su tratamiento

El apoyo social ejerce un papel moderador de los efectos del estrés, entre los cuales se encuentra la enfermedad. La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Es por ello que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y desarrollan los diferentes roles que necesitan para su evolución personal. De este modo, la familia, se conforma como la unidad básica de relación en nuestra sociedad y como el tipo de organización humana más duradero y universal. Existe evidencia de que el apoyo social de las familias hacia los pacientes juega un importante papel en el manejo de la enfermedad crónica. Una enfermedad crónica, grave y/o invalidante suele sacudir a todo el sistema familiar y como señala Ansen, “cuando uno de sus miembros deja de funcionar de forma normal, no solo se ven afectados todos los miembros, sino también el funcionamiento general de la dinámica familiar.”¹⁸

¹⁸ Ansen K. Illness and the family. J R Soc Med. 1985;sup 8(78):21-5.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo General:

Potenciar capacidades individuales y comunitarias para reforzar la salud mental de los pacientes del Hospital Nacional “Pedro de Bethancourt” en la Aldea San Felipe de Jesús, de Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

2.2.2 Objetivos Específicos:

SUBPROGRAMA SERVICIO

- Brindar apoyo psicológico individual pacientes que se refieran en el área de consultas Interna en los distintos departamentos ginecología y maternidad, cirugía, medicina interna, cuidados intensivos, pediatría, emergencia y traumatología del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt.
- Proporcionar atención psicológica individual y grupal a los familiares de los pacientes de consulta interna o/ o externa del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt.
- Ejecutar evaluaciones del desarrollo de niños menores de cinco años en el área de pediatría en caso de tener retraso en el desarrollo ejecutar ejercicio de estimulación temprana con la madre del paciente.
- Realizar terapia individual de apoyo emocional a las personas referidas por el Red Internacional de Derivación y Atención a Víctimas de Sacatepéquez, por medio de la municipalidad de Antigua Guatemala.

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

- Impartir charlas y talleres psicoeducativos a los distintos centros educativos para brindar orientación y prevención de problemas en la adolescencia, con el apoyo de

la Unidad del programa de Capacitación y Motivación de la Municipalidad de Antigua Guatemala

- Brindar charas Educativas a las madres de los pacientes del área de pediatría con el objetivo de informar temas para cuidar la salud de sus hijos y desarrollar sus habilidades potenciales, siempre desde la perspectiva de psicología de cada tema, de esta manera apoyar el programa de madres participativas del Hospital Pedro de Bethancourt
- Ejecutar talleres y charlas informativas con temas de prevenir y denunciar la violencia apoyando e impartiendo los talleres y charla a mujeres de las comunidades de San Antonio Aguas Calientes, trabajando como parte de Red Internacional de Derivación y Atención a Víctimas de Sacatepéquez, por medio de la Unidad del programa de Capacitación y Motivación de municipalidad de Antigua Guatemala
- Impartir charlas educativas sobre la sexualidad a adolescentes de primero, segundo y tercero básico en la comunidad de Ciudad Vieja con la ayuda de la Oficina Municipalidad de la Mujer, con el fin de apoyar a la Red de Maternidad y Paternidad Responsable.

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

- Conocer los efectos psicosociales derivados del impacto generado en las familias por tener un pariente hospitalizado en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, ubicado en la Aldea San Felipe de Jesús, Antigua, Guatemala, Sacatepéquez.

2.2.3. METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO:

El Ejercicio Profesional Supervisado EPS, se desarrolló en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua, Guatemala, Sacatepéquez; a través de acciones y procedimientos divididos en tres subprogramas, los cuales fueron: Servicio, Docencia e Investigación; teniendo una duración de 8 meses. Con el fin de lograr los objetivos propuestos en cada sub- programa

El diagnóstico del servicio se llevó a cabo por medio de la observación de los profesionales que trabajan en el Departamento de Psicología, en la visita realizada en los meses de diciembre 2013.

El proceso de inmersión se realizó por medio de las autoridades durante la visita, donde los primeros contactos con la población de consulta interna fue observar, y así obtener información, también con el personal de médico que labora en dicha área, refieren demanda del servicio.

La elaboración del proyecto de intervención se llevó a cabo luego de la visita diagnóstica y el proceso de inmersión, el cual se realizó en base a lo encontrado, que incluyó las necesidades primarias encontradas a manera que se abordó e inició el proceso de apoyo, con actividades que contribuyeron al combate de dichas problemáticas.

El EPS dio inicio a su ejecución al momento de la autorización del proyecto de intervención por la Escuela de Ciencias Psicológicas y del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, el día 3 de febrero del año 2014 con una duración de 8 meses, el trabajo con grupos especiales se llevó a cabo en horarios fuera de hospital y establecidos las Unidad de Capacitación y Motivación de la municipalidad de Antigua Guatemala, la red de Maternidad y Paternidad Responsable, también con la Red Internacional de Derivación y Atención a Víctimas de Sacatepéquez- RIDAVS.

El monitoreo consistió en la supervisión de cumplimiento de lo establecido en los programas por el Jefe inmediato y el Licenciado Supervisor de EPS, una vez por mes con informes acerca del trabajo realizado.

La sistematización de los datos se llevó a cabo por medio del diario de campo, e informes mensuales, en los cuales se anotaron deficiencias y objetivo alcanzado, así también las características necesarias para mejorar los procesos de realización en el EPS.

Los libros de sistematización se llevaron por la estudiante que realizó la actividad y se anotó la hora de inicio, hora final de actividad, objetivos, fecha, limitaciones y avances de los mismos.

EJE DE SERVICIO:

Se realizó un examen mental a los pacientes referidos junto con una observación para así determinar la evaluación del estado mental del paciente obteniendo un diagnóstico del problema actual, se ejecutó el plan de tratamiento dependiendo del motivo de consulta y el diagnóstico individual de cada paciente. El tiempo en el que el paciente está internado es el tiempo de la terapia por lo que al retirarse del hospital se refiere a consulta externa para continuar el tratamiento concluyendo el cierre del caso.

EJE DE DOCENCIA:

Se impartió talleres y charlas educativas a mujeres, niños y adolescentes, los pasos para la ejecución de los talleres fueron: Presentación con la población dando una introducción del tema a presentar, desarrollo del taller, preguntas de la población y presentación de conclusiones y cierre del taller.

EJE DE INVESTIGACION:

Los pasos para realizar la investigación fueron como primer lugar fue definir el tema de investigación el cual fue “Consecuencias Psicosociales en los Familiares del Paciente Crónico en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Sacatepéquez”, se consultó bibliografías referentes al tema a investigar, se elaboró los instrumentos en este caso las entrevistas para los doctores, psicólogos, pacientes y sus familiares. A los cuatro grupos anteriores se aplicó la entrevista de manera individual, terminando las entrevistas se interpretó los resultados llevando a un análisis de los mismos para finalizar con conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO III

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

3. 1. Subprograma de Servicio:

La atención a los pacientes internos del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt, se dio inicio con la presentación e introducción a las autoridades del hospital, luego un período de dos semanas para conocer las distintas áreas de salud:

- medicina interna
- pediatría
- ginecología y maternidad
- trauma
- cirugía

Se recibió una capacitación para conocer los formatos de registro de trabajo del hospital (expedientes, hojas de referencias, SISA, hijas de evolución, historias clínicas divididas en adultos, niños y adolescentes).

Además las primeras semanas se acompañó a los psicólogos de planta cuando se tenía una referencia de algún servicio, el psicólogo de planta realizaba la consulta mientras se observa el trato con los pacientes, las siguientes dos semanas la dinámica cambio de manera inversa se realizaba la consulta y el psicólogo profesional era el que observaba y supervisaba la asistencia.

Para poder atender pacientes internos en el hospital era necesario tener una referencia de algún doctor en servicio, esta referencia son documentos escritos en donde se encontraban el nombre del paciente, el motivo de consulta y la ubicación del mismo, debido a que se dependía de los doctores para las consultas. Durante temporadas no se tenía nuevos casos además de que solo se trató con la consulta interna y no la externa por

lo que los pacientes no se mantenían en el hospital por un período largo, la atención era breve.

Se conoció a los jefes de cada departamento y cuando no había referencia en el primer mes se consultaba con las enfermeras para que ellas aconsejaran al personal médico y fueran referidos los pacientes. Los primeros casos los pacientes fueron referidos por el departamento de maternidad en estos casos no solo se pide evaluación a la madre sino que también al hijo del paciente quien se encuentra en las instalaciones del área de pediatría.

Lo primero que se realizaba al tener un nuevo paciente referido es una evaluación usando como base el examen mental, evaluando las condiciones emocionales, afectivas y funcionales en las que se encuentra el sujeto de atención psicológica.

Luego de las evaluaciones se realiza una impresión clínica tomando todo lo observado y el expediente del paciente, en la segunda consulta si no se hace en la primera se diagnostica al paciente usando el CIE 10, describiendo brevemente lo sucedido en la consulta, los resultados del examen mental, diagnóstico y sugerencias que se le da no solo al paciente sino que también al personal de salud o familiares del paciente.

Todas las consultas, los pacientes tanto las evaluaciones como los seguimientos de casos fueron supervisados por los psicólogos de planta, para así aprobar o cambiar el diagnóstico y tratamiento del paciente, asesorando los casos además de brindar capacitación sobre diferentes condiciones, diagnósticos y tratamientos de paciente. Uno de los objetivos en común con las consultas internas del hospital era motivar al paciente que necesitaban seguimiento para asistir a consulta externa en el departamento de salud mental.

Si bien hay muchos casos en el hospital a la población con la que se trabajó en consultas internas en su mayoría son adultos, y en casos especiales adolescentes, los niños atendidos en consulta interna se refirieron por evaluación del desarrollo y estimulación temprana como requisito del programa de desnutrición en el hospital.

Las características generales de la población son personas que le ponen gran valor a la religión debido a su ideografía, crianza patriarcal y hacer bastantes reservados sin embargo ya que en el hospital se sienten más vulnerables, revelan sus sentimientos e

inseguridades, la mayoría de los casos cooperando con el terapeuta en otros se observa negación de su trastorno e incluso actitudes desafiantes y desconfiadas hacia el personal de salud.

Si bien el primer mes se atendieron solo casos del área de maternidad y ginecología, en los siguientes meses se refirieron consulta en los demás departamentos, medicina interna, cirugía y trauma. En general tratando con adultos. Dividiendo a los pacientes por su rango de edad y el departamento en el cual se encontraban internos se describe a continuación, generalizando los casos de los pacientes:

Adultos:

Ginecología y maternidad:

Las mujeres pacientes en este departamento con las que se trabajó tiene el rango de edad de 20 años a 40 años, el mayor de los casos con apoyo familiar de algún miembro de su familia, y no contaba con muchos días en el hospital (exceptuando excepciones), estas mujeres se encontraban en el hospital por abortos, embarazo en riesgo, violaciones, parto, violencia física, cáncer de seno, histerectomía y por último problemas legales. En estos casos la condición emocional y congénita se encuentra alterada por lo que el personal médico refiere los pacientes a psicología para que se les evalúe, recomiende y se le brinde apoyo terapéutico, en algunos casos como es el de las violaciones se refiere como parte del protocolo de atención a la víctima de abuso sexual, brindando apoyo y calmando la paciente; ayudando en la recuperación de todos los pacientes ya mencionado.

En el caso de aborto la mujeres son referidas por un miembro de su familia quien pide apoyo al departamento de psicología ya sea aborto espontáneo o indicado las mujeres tiene una gran carga emocional y es diferente las reacciones de las mujeres cuando es embarazo primerizo a cuando la mujer ya tiene más hijos. Las mujeres primerizas esperan con miedo este nuevo proceso y no reaccionan la gravedad del caso hasta que el doctor les informa. La personalidad de las mujeres también es un factor dependiente de la reacción de las mismas otro factor es cuando las mujeres tiene treinta años, tienen un embarazo riesgosos y cuando sufren un aborto los médicos les informan que deben realizarse una histerotomía (la salud del paciente se pone en riesgo al volver a quedar embarazada) lo

cual significa no solo la pérdida de su bebe sino que también las imposibilita de tener más hijos o un hijo en caso de ser madre primeriza.

Con estas mujeres se busca el significado del embarazo y la pérdida personal, buscando fortalezas con las técnicas de terapia psicodinámica con la espera que exprese sus sentimientos, busque fortalezas y supere la pérdida concluyendo con el aborto espontaneo; debido la falta de espacios del hospital la mujeres que sufrieron aborto se encuentran en las mismas habitaciones o pasillos que mujeres con sus bebés por lo que vuelven a experimentar la pérdida al escuchando a los bebés de la demás paciente en el área ,retrasando su recuperación.

Cuando algún madre presenta problema cognitivo (discapacidad mental o discordancia entre la edad cronológica y edad mental) los doctores refieren al paciente por el bienestar tanto del paciente como de su hijo e hija, al evaluar a la paciente se observa que el estado mental de la paciente le imposibilita para cuidar y cubrir la necesidades básicas de su hijo o hija, sin contar con el apoyo de algún miembro de la familia; es común que lo padres de los hijos no trabajaban en conjunto con la crianza del bebé en alguno casos solo la madre cuidaba del infante porque el padre desaparecía y no ayudaba en la crianza. Las mujeres con discapacidad mental son manipuladas o no miden el riesgo de tener relaciones sexuales y quedar embarazadas. En un caso del hospital una mujeres con discapacidad vagaba en su comunidad quedando embarazada varias veces y olvidando los hijos que ya tenía también se observó que la familia del estos paciente no saben cómo tratar con ellas, por lo que se realizó orientación educativa y terapia de apoyo social. En otros del mismo diagnóstico una mujer que tenía una histerectomía fue referida para tranquilizar sus miedos y explicar la operación aun con la condición de su estado mental se utilizó técnicas de visualización cognitivo conductual.

En uno de los casos de pacientes con cáncer se refirió a una mujer con cáncer de seno, quien fue sometida a una mastectomía para acompañarla en el proceso que experimentó, se utilizó cognitivo conductual y apoyo social. Asimismo catarsis al explicar la situación que estaba pasando.

Por último las víctimas de abuso sexual en la mayoría de los casos mujeres casadas y madres fueron las que se atendieron, en la mayoría de los casos las mujeres fueron

violentadas por desconocidos y sufrieron abuso físico además del sexual para poder dominarla, del mismo modo se trabajó con mujeres que habían sido violadas meses anteriores y comentaban que no denunciaron ni fueran atendidas después del suceso por lo que quedaron embarazadas, estas mujeres no dijeron nada por negar y evadir el hecho traumático y en algunos casos ni las madres de las paciente sabían de lo sucedido, estos casos en los que la víctima queda embarazada, la paciente se provoca un aborto al descubrir que está embarazada arriesgando su vida cargando no solo con la violación sino que con el rechazo de su familia por haber abortado. Se han visto casos en que las mujeres se encuentran disociadas sin repuesta aparente y casos en que las mujeres se encuentran con episodios de llanto durante toda la sesión. Cada caso es diferente pero en todas las mujeres pierde la confianza en sí misma, sufre de dolor, vergüenza y humillación, por el suceso se le brinda terapia de apoyo a la paciente y el familiar de la paciente en algunas ocasiones su pareja y en otras su madre, la familia del paciente se siente inútil, furiosa por la violación ira y con deseo de vengar, todavía no saben cómo tratar a la víctima en casos donde sufre estrés post-traumático el contacto hace que reviva el hecho violento por lo que la relación matrimonial sufre también la familia de la paciente (padre en especial) no apoyan para que continúe el proceso terapéutico por miedo al agresor o por pretender que nada ha pasado en los casos que siguen en consulta externa, es cuando se trata con la pareja de la víctima informando de la importancia y necesidad de la terapia.

Medicina interna:

Hay mucha variedad de casos en esta área del hospital tanto mujeres como hombres se atendieron todos en edad adulta. Independiente de su salud física (ya que es bastante variada) enfocando solo en los problemas psicológicos se encuentran los siguientes:

Ansiedad: se encontró tanto en hombres como en mujeres por su tratamiento o por la larga estadía en el hospital, lo cual le hace no solo extrañar a su familia, suelen desesperarse por salir del hospital teniendo dificultades para relajarse, para poder dormir y sentimientos de falta de control en la situación; se trabajó técnicas de relajación de la terapia cognitivo conductual junto con adecuaciones, usando técnicas de sugestión con el paciente, gran cantidad de estos pacientes solo se encuentran en un ambiente aislado por la gravedad de su condición, lo cual incrementa sus niveles de ansiedad; lo importante es que el paciente comprenda que puede controlar la ansiedad que siente e incluso disminuirla.

Se encuentran en esta área del hospital los pacientes con enfermedades crónicas y los de accidente cerebro vascular isquémico, ambos también sufren de ansiedad, otro grupo son pacientes en cuidados intensivos, sin embargo, cuando son trasladado a habitaciones con otros paciente se observa una gran recuperación.

Depresión: Con estos pacientes se trabajó usando técnicas cognitiva conductual, terapia de apoyo y motivación para cambiar la visión de las paciente; estos paciente se encontraban con esta condición; Suelen tener deseos de morir, cansancio, falta de motivación y falta o aumento de apetito; en medicina interna la mayor cantidad de estos pacientes eran mujeres y se encontraba ligado con la condición de su enfermedad crónica, se aislaban del mundo con una depresión severa; uno de estos casos es una mujer que al ser estafada sufrió una depresión tan grave, que se centró en ella misma, reusándose a comunicarse y solamente se le escuchaba llorar. La familia de los pacientes con depresión suelen tener bajas en su estado de ánimo y estrés.

Alcoholismo: Estos pacientes recurren varia veces al hospital y tiene una enfermedad crónica, la mayoría de ellos son de género masculino aunque también se trató con mujeres con la misma problemática con actitudes dependientes algunos, sufriendo de Craving o síndrome de dependencia; se usaron ejercicios de visualización y buscar la razón de la base de su adicción. La mayoría de los pacientes no cuentan con apoyo de su familia por la mala relación que se tiene con ello, tensiones familiares y desconfianza.

Somatización: Los pacientes con esta condición son en su mayoría mujeres, se buscó disminuir sus síntomas físicos con técnica humanistas y conductuales, no atacando al paciente sino centrándose en su estado mental, muchos de los pacientes al hablar con los miembros de la familia muestran que se les ha descuidado un poco al paciente enfermo; estos pacientes se mantienen un largo período en el hospital para descartar toda razón medida por su enfermedad, el caso más curioso fue de una mujeres que presentaba movimientos y dolores involuntarios descubriendo que empezaron cuando su hijo se casó y el estrés que sufrió hizo que se enfermara gastrointestinalmente. También se trabajó con pacientes con ganancias secundarios como es el caso de un paciente que provocaba y fingía ataques epiléptico, para así mantener a su esposa con él.

Bipolaridad: el paciente llegó al hospital por ACV, se le trató con terapia de apoyo y expresión de sentimientos; al hablar con la madre se trabajó técnicas de expresión humanistas

Intentos autolíticos: Los porcentajes de pacientes son igual en los dos géneros, algunos de estos pacientes se arrepintieron al intentarlo y ellos mismos pidieron ayuda o se dirigieron al hospital por sí mismos. Estos pacientes tienen mala relación con su familia, al ser visitados la primera vez se sienten avergonzado, otras veces arrepentidos, los familiares suelen enojarse con los pacientes como primera reacción, luego se preocupan por ellos. En estos casos primero se evaluó la gravedad de la intención del evento, si fue una decisión impulsiva y temporal o si volverá a intentarlo cuando salga del hospital, también se averiguó el motivo por el cual lo intento, se le brinda terapia de apoyo y logoterapia. En el caso de adolescentes suelen mostrarse desafiantes tanto con el personal médico como con el psicólogo.

Cirugía

Mayoría de los casos son pacientes que se les realizara una amputación por diabetes o por un accidente, en ambos casos se brinda terapia de apoyo y de adaptación; en algunos casos logoterapia, en estos casos el paciente al igual que su familia tienen alteraciones emocionales, obteniendo nuevas responsabilidades y carga emocionales, en algunos casos los pacientes no desean la operación o lo miran como el final de su vida siendo algo muy difícil de afrontar.

Con todo lo anterior se cumplieron los objetivos de brindar apoyo terapéutico a los pacientes internos y sus familiares.

Niños

:

Pediatría

En la mayoría de los casos son referidos para evaluación de las etapas de su desarrollo, evaluando con la escala de EDIN a niños menores de cinco años que sufren desnutrición o epilepsia, donde se tenían un área deficiente en el desarrollo. Se brindó ejercicios de estimulación temprana y orientación educativa en al área con dificultad a las

madres también apoyo psicológico a las madres de los pacientes referidos por la carga y preocupaciones que tenían, bajas en su estado de ánimo, episodios de llanto, sentimientos de culpabilidad entre otros.

Hubo caso de referencia por abuso físico de parte de algún padre en donde se evaluó al niño para saber cómo fue que sufrió la experiencia y apoyarlo emocionalmente mientras se resuelve su caso en el tema legal.

CLINICA DE ATENCION PSICOLOGIA DE RIDAVS:

Se brindó apoyo atendiendo pacientes apoyando a la RED RIDAVS conociendo los formatos de trabajo y atendiendo adultos y niños. Los adultos tenían problemas de alcoholismo y familiares trabajando con él terapia Gestalt, con varios mecanismos de defensa negación y evitación. El otro caso pertenece a una mujer con problemas familiares por el divorcio que atraviesa, además de la custodia de sus hijas. Se trabajó con niños usando terapia Gestalt para que expresaran sus sentimientos, en su mayoría eran niñas con problemas familiares debido al divorcio de su padre.

Por último el único caso de abuso sexual es el de niño agredido por una adolescente, el paciente se sentía avergonzado, cohibido y con grandes problema de desconfianza. Por la edad (6 años), no comprendía el abuso como tal. Se trabajó terapia de apoyo y refirió a la madre del paciente a recibir también terapia porque sufría de culpa afectada por lo sucedido.

3.2 Subprograma de Docencia:

Se impartieron talleres en distintas centros educativos, se tuvo a cargo dos escuelas, ambas de jornadas matutinas lo cual fue conveniente, por el horario se pudo trabajar en las horas destinadas al inicio de año para el EPS.

Se tuvo trabajo en conjunto con los

La población es de niños, adolescentes y mujeres. Los talleres fueron impartidos con metodología dinámica. Los talleres dirigidos a niños y adolescentes dieron lugar en la Escuela Antonio Castro y Escobar jornada matutina y la Escuela Mariano Navarrete; los

talleres fueron dirigidos exclusivamente a adolescentes fue en la municipalidad de Ciudad Vieja, los talleres impartidos a mujeres se realizaron en la municipalidad de San Antonio Aguas Caliente y por último las charlas informativa se dirigieron a madre de paciente del área de pediatría del hospital Pedro de Bethancourt.

Dividido por su población:

ESCUELA NAVARRETE:

Se realizó un programa de tres diferentes temas, se ejecutaron en la escuela Navarrete jornada matutina, cada tema se impartió tres veces con los alumnos de cuarto, quinto y sexto primario de la misma escuela junto con el apoyo de la Municipalidad de Antigua Guatemala.

El primer taller fue con el tema “Valores Morales”. Contando con la participación de 150 estudiantes. El taller se realizó de manera satisfactoria abarcando el tema de los distintos valores, debido a que esta fue el primer encuentro con esta población se abarcó un estudio de la situación actual de los alumnos, buscando indicadores alarmantes entre los estudiantes.

El segundo tema fue “Taller de sexualidad”. Con el rango de edad de 11 a 15 años. El taller cumplió los objetivos definidos los cuales fueron: Adquirir conocimientos sobre la sexualidad, adecuados y pertinentes según su edad o necesidad, para relacionarse consigo mismo junto con los demás y aceptar la sexualidad como propia de manera saludable evitando los tabús y la vergüenza que viene con este tema en particular. Todas las actividades programadas se realizaron de acuerdo a la planificación del taller, se realizó la actividad de rompehielo, dinámica de las diferencias de género, desarrollo del tema, hoja de trabajo, cierre del taller y resolución de preguntas.

El último tema fue “Derechos del niño y adolescente” participaron 107 alumnos de cuarto, quinto y sexto primaria, se dio a conocer sus derechos de manera dinámica, al finalizar el taller se buscó indicadores de momentos en los que se les ha violentado sus derechos.

ESCUELA CASTRO ANTONIO Y ESCOBAR:

Se trabajó con cuarto, quinto y sexto grado. Con el primer tema “Valores Morales”, usando la metodología: participativa, y opinión crítica. Todas las actividades programadas fueron realizadas, los objetivos se cumplieron de manera satisfactoria, se trabajó de manera conjunta con la unidad de capacitación y motivación de la Municipalidad de Antigua Guatemala para la ejecución de los talleres. Participaron en total 118 alumnas. El grupo fue participativo y no se tuvo mayor inconveniente en la realización de los talleres, además se contó con el apoyo de los docentes de la institución y de la directora del centro educativo, ayudando a tener un ambiente relajado y saludable durante los talleres.

Segundo tema de los talleres fue “Derechos del niño y adolescente”. Todos los objetivos fueron cumplidos los cuales fueron: Informar a la población de los derechos que poseen, además motivar a expresar cuando algunos de sus derechos han sido violentados, de esta manera hacer que sus derechos sean respetados sin importar quién es la persona que trasgrede sus derechos. Asistieron 68 alumnos desde los 9 años hasta los 14

La metodología del taller fue de deductivo, participativo y de opinión crítica ya que los alumnos no solo recibieron la información de los derechos sino que también participaron y opinaron sobre el tema impartido. La evaluación sobre el tema al finalizar el taller fue oral con la preguntas, dar comentarios de las estudiantes, escrito en el cartel los derechos que consideraban más importantes para que puedan vivir una vida amplia y saludable.

Es importante mencionar que se les entregó una hoja con los derechos de los niños, en ella estaban escritos sus derechos con una ilustración, también se desarrolló un cartel con los derechos que consideran que necesitan para vivir de manera saludable, el cartel fue colgado en el salón de clase.

RED DE PATERNIDAD Y MATERNIDAD RESPONSABLE:

Charla educativa fue dirigida a las alumnas de primero, segundo y tercero básico del instituto de Ciudad Vieja contando con el apoyo de la Municipalidad de Ciudad Vieja.

El tema principal fue “La sexualidad”; debido a lo amplio del tema los puntos abordados en general fueron: definición del sexo, diferencias que existen en hombres y mujeres así como los cambios de la niñez a la pubertad, los cuales varían según el género. Se especificó entre género, sexo, relaciones sexo genitales. También tema emocional del noviazgo desde sus inicios con la atracción hasta las consecuencias del embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual por último los métodos anticonceptivos, abstinencia y cuidados personales además de aclarar mitos y dudas sobre el tema.

La población fue solo femenina contando con 190 alumnas entre las edades de 13 hasta 17 años, muchas de las alumnas tenían vergüenza de hablar sobre el tema, porque la sexualidad se toma aun como tabú, como algo penoso del cual no se debe hablar, también se encontró que muchas no tienen la confianza de recurrir a un adulto responsable, las adolescentes no conocen mucho sobre el tema, se basan en experiencias propias y de sus amigas; esto es peligroso porque los jóvenes no toman precauciones necesarias para la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

Nuevamente todos los objetivos fueron cumplidos dando a conocer el tema de la sexualidad y noviazgo a las alumnas de básico, esperando de esta manera satisfacer dudas contribuyendo a tener una sexualidad saludable, este taller se realizó para contribuir con la RED DE PATERNIDAD Y MATERNIDAD RESPONSABLE.

TALLER DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SAN ANTONIO AGUAS CALIENTES.

Este taller fue realizado con las mujeres de San Antonio Aguas calientes, el taller fue ejecutado con el objetivo de apoyar a la RED INTERINSTITUCIONAL DE DERIVACION Y ATENCION A VICTIMAS DE SACATEPEQUEZ- RIDAVS, contó con el trabajo conjunto de parte de la municipalidad de Antigua Guatemala, de la Oficina Municipalidad de la Mujer.

Cooperando con el objetivo en común de erradicar la violencia intrafamiliar informado las mujeres sobre la violencia intrafamiliar, identificando como violencia y los tipos de la misma, concientizando que no es normal ni aceptable ningún tipo de agresión hacia ellas, centrándose en la violencia física, psicológica, económica y sexual; buscando

por ellas mismas posibles soluciones y que hacer al momento de sufrir de alguna forma de violencia.

Cumplido los objetivos propuestos el taller, se impartió sin ningún inconveniente las participantes mujeres entre 17 adolescentes hasta 87 años mujeres de la tercera edad. El total de la población es de 36 participantes entre ellas la mayoría eran madres, amas de casa y vendiendo telares como principal fuente de su economía, también se encontraban mujeres sin ningún estudio analfabetas, aun así no se tuvo dificultad se adaptó el taller de acuerdo a la población.

La metodología con la que se trabajó fue de pensamiento crítico y constructivismo, se les informó de los tipos de violencia. Las mujeres dramatizaron y buscaron posibles soluciones, que hacer en esos casos, compartieron sus puntos de vista sobre el tema, se considera el taller exitoso.

El segundo taller del mismo programa participaron 30 mujeres Se contó con apoyo de ONG, informado a la población sobre las leyes que respaldan su seguridad, de los pasos para poder denunciar en caso de que sus derechos sean violentados, de alguna manera sea agredida. La metodología fue inductiva.

TALLERES MADRE PARTICIPATIVA:

5 charlas breves e informativas, participaron 52 mujeres en total, se trataron lo temas de lactancia materna, estimulación temprana, el niño hospitalizado, el síndrome diarreico, inmunización e infecciones respiratorias agudas el niño enfermo. Todas desde la perspectiva de psicología, como una manera de apoyar el programa educacional de madres participativas. Las madres compartían experiencias y resolución de dudas en cada charla, la metodología fue participativa y constructivista.

3.3 Subprograma de investigación:

El tema para la investigación fue “Consecuencias psicosociales derivadas por tener un familiar con un enfermedad crónica en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt En San Felipe de Jesús, Sacatepéquez”. Se entrevistó a pacientes crónicos, miembros de su familia, el personal médico y el personal de salud mental (psicólogos), que trabajan en el Hospital Pedro de Betancourt, los resultados de las entrevistas fueron los siguientes:

Independientemente de la enfermedad de los paciente y la personalidad de los mismos, cuando se diagnostica una enfermedad no solo el paciente es el afectado también lo es su familia, la reacción de la de la familia por la salud del paciente es fundamental para la recuperación. Por lo que es vital el apoyo psicológico en los pacientes crónicos y su familia.

La dinámica familiar cambia los roles de los miembro de la familia también cambian, se acoplan a la situación y a la necesidad remplazando el rol del familiar enfermo, suelen adquirir más responsabilidades y mantener un pensamiento constante en la salud del paciente, en el tratamiento, en el futuro del paciente, en muchos de los casos se observó dificultades en la comunicación y la falta de apoyo hacia el familiar. La mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas no son abandonados o tiene malas relaciones con su familia pero la relación con la familia afecta su recuperación y calidad de vida.

Debido al estigma de que solo el paciente sufre la enfermedad crónica la familia no suele buscar apoyo psicológico, ni expresar lo sentimientos que genera el cuidar del paciente, se considera como una traición pensar en sí mismo y que él como familia no importa cómo se sienten. Lo importante es el paciente dejándose en segundo plano a veces ni siquiera se toma en cuenta.

Se investigó y brindó apoyo a los familiares porque cuando un familiar, el más cercano en la mayoría de casos, son los que acompañan o inician terapia junto con el paciente suelen tener mayor probabilidad de tener consistencia y frecuencia en la terapia, teniendo un mayor compromiso y cambios en la salud mental de ambos, no solo se libera la carga emocional del familiar sino que se motiva a cambiar el ambiente, no se elimina la

fueron una fuente de sus angustias (la enfermedad del paciente en cuestión) pero se brinda apoyo para disminuir los factores estresantes y la carga emocional.

Se realizaron entrevistas a los familiares, a los pacientes crónicos internados, los psicólogos del hospital y doctores de diferentes servicios, para así conocer la perspectiva de cada completando la imagen de las consecuencias psicosociales derivadas por tener un familiar enfermo.

Además de usar la observación y grupos focales como otros instrumentos para recolectar información de la problemática, Se ofreció consuelo y empatía con los familiares y pacientes logrando en algunos casos que asistan a consulta externa, el objetivo de la investigación es encontrar las consecuencias psicosociales de convivir y encargarse física, mental, social y económicamente del paciente enfermo crónicamente, buscando ayuda para disminuir los síntomas negativos.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

Las relaciones familiares de con un familiar crónicamente enfermo depende de la relación familiar ante los miembros previo al diagnóstico de la enfermedad, la reacción de los miembros de la familia ante el diagnóstico de la enfermedad también depende de la personalidad de cada miembro. Aunque toda la familia es afectada cuando un familiar se encuentra enfermo, solo que no de la misma manera, dependiendo de la relación estrecha con el paciente así influye la gravedad de la enfermedad en la familia, además de otros factores como son la situación económica de la familia, la carga emocional, social en la familia y la aceptación o entendimiento de la enfermedad sufrida.

La dinámica familiar cambia para adaptarse, se toma el rol necesario para ser una familia funcionar, depende el rol del paciente y el tipo de enfermedad, es el impacto. Si el paciente es el proveedor de la familia o el protector como en el caso de uno de los padres de familia o un conyugue enfermo, es mayor el impacto los hijos; toman más responsabilidades el conyugue sano; si los padres son los enfermos son los hijos mayores los que toman la carga, el padre se apoya con los hijos (siempre que se tenga buena relación) en el factor económico y los cuidados personales temporalmente. Si es un hijo quien está enfermo la madre suele cuidar de él, en la mayoría de los casos aun siendo

mayor edad. Si la enfermedad es una adicción como en el caso del alcoholismo o una enfermedad mental es vista mal en la sociedad como en el caso de la bipolaridad o discapacidad mental, la relación familiar suele tener problemas.

Los pacientes con enfermedades con cuidados especiales como: cáncer en etapas avanzadas, enfermedades neurodegenerativas, diabetes (teniendo un miembro amputado), trastornos mentales o ACV, son enfermedades en la que los cuidadores deben mantener vigilancia las 24 horas, la rutina de los cuidadores se centran en el paciente, adaptándose a sus necesidades en especial si es solo una persona. Sienten frustración, cansancio por la carga emocional y física que viven todos los días; el cuidador no resiente al paciente se siente imponente para sanar su enfermedad.

Ante el diagnóstico de una enfermedad crónica en algún integrante de la familia, la reacción de la familia es de unirse o desintegrarse, es importante trabajar a la par de los procesos que familiares y paciente atraviesan, ayudando en las consecuencias.

Al momento de comunicar a la familia nuclear del paciente, la condición de salud, por el nivel sociocultural en muchos casos los familiares no entienden el concepto claro de la enfermedad, tanto la definición de la misma como porque el paciente se enfermó, las confusiones en los familiares generan duda, miedos y preocupaciones por no entender por completo el estado de salud del paciente, es por esto que es necesario educar a lo familiares sobre la enfermedad del paciente y mejorar la comunicación de los familiares con el personal médico, para así calmar los miedos de ante lo desconocido.

La comprensión de los familiares ante la enfermedad del paciente es muy importante, en muchos casos los que no comprende ni acepta la enfermedad como en el caso de las adicciones, trastornos mentales como la bipolaridad, retraso mental, trastornos sexuales y problemas alimenticios en estos casos el apoyo familiar es reducido. Estas son enfermedades incomprendidas e incluso temidas porque modifican el comportamiento de las personas, afectan las relaciones personales. Cualquier enfermedad crónica afecta las relaciones personales, el impacto es mayor en las enfermedades antes mencionadas, la familia desiste de intentar ayudar a los pacientes o buscan modos de castigarlo es probable que no toda su familia lo apoye y en muchos casos queda abandonado a su suerte en las calles o con un solo familiar para apoyarlo, convirtiéndose en su cuidador.

En el trabajo de investigación se observó que si la enfermedad aparece en edad (adulto joven 20-30 años) temprana, es la madre la encargada principalmente del cuidado del paciente. Cuando se encuentra en edad avanzada es el conyugue y uno de los hijos, (en caso de tenerlos), muchas veces cuando solo es un hijo o solo el conyugue es el cuidador la carga emocional es tanta que el familiar sufren de desgastamiento y burnout.

Consecuencias psicosociales del cuidador y la familia del enfermo crónico

Problemas económicos:

La carga económica sucede por el tratamiento de la enfermedad, la cual por ser crónica siempre se tendrá estas deudas (gastos médicos). La mayoría de los pacientes del hospital tiene un nivel socio económico bajo, por lo que cuando el paciente se encuentra hospitalizado sus familiares no suelen visitar diariamente al paciente, por la imposibilidad de viajar o gastar, este factor es uno de las principales preocupaciones de los pacientes con enfermedades crónicas; la mayoría de los pacientes no trabajan debido a la condición de su salud, si el paciente era la fuente de los ingresos en su familia, la economía es afectada de mayor grado, el cuidador debe no solo ayudar al paciente de manera emocional y física sino que también en lo económico, buscando como cubrir las necesidades económicas que antes cubría el paciente, pagando las deudas médicas.

Los cuidadores, (el familiar encargado del paciente), suelen dejar de trabajar para cuidar del paciente y buscar trabajos caseros para poder ayudar económicamente, todos los familiares que estaban en el hospital internos con el paciente no trabajaban; renunciaron para cuidar del paciente, están de vacaciones o no trabajaban antes esto les permite mantenerse en el hospital el tiempo necesario. Los problemas económicos generan angustia, problemas adaptativos, cansancio y estrés.

Problemas Sociales:

La familia cambia su rutina y sus relaciones para adaptarse a la situación, en los cuidadores el cambio es mayor, debe cuidar del paciente en todo momento, sus relaciones se limitan al ámbito familiar. Provocando aislamiento y retraimiento, disminuyen o eliminan actividades recreativas y matrimoniales (en caso de que estén casados). Las

reuniones sociales o familiares se eliminan o limitan por la falta de tiempo, el pensamiento de los familiares, el cuidador principalmente está centrado en el paciente y en su enfermedad.

Problemas en los hábitos personales:

No solo los pacientes tienen descuidos en su aspecto general cuando son diagnosticados con una enfermedad crónica, debido al estrés, el cuidador suele perder peso o aumentar peso, las esposas y madre de los pacientes perdieron pesos de manera considerable desde que se empezó a controlar la enfermedad del paciente, se observa un descuido en su cuidado personal.

Cambios y adaptaciones:

La familia se adapta a las nuevas necesidades del paciente, modificando roles y rutinas de los familiares y para adecuarse al tratamiento del paciente.

Problemas físicos:

Los familiares somatizan síntomas generados por la carga emocional, como: dolores de cabeza, cuello, hombro, potros dolores corporales, falta de apetito o aumento de la misma, dificultad para conciliar sueño, cansancio en el día, problemas en las defensas inmunológicas provocando vulnerabilidad en enfermedades inmunológicas, esto sucede en mayor parte cuando solo una persona o dos son las que se convierten en el cuidar del paciente.

Problemas emocionales:

En esto factores entre la depresión, ansiedad, reacciones adaptativas, síndrome de burnout, cansancio, estrés reactivo, sentimiento de impotencia o inutilidad, preocupación, angustia, fatiga, presión al responsabilizarse de la salud y cuidado del paciente, miedo por la el futuro, el estado de salud del paciente y baja autoestima; el cuidador tiene muchas consecuencias emocionales negativas, lo que genera culpa por sentirse de esa manera, prefiriendo no expresar sus sentimientos libremente por traicionar o ser una “mala”

persona por sentirse de esta manera. El deterioro en la calidad de vida se refleja en aspectos emocionales

Cuando los pacientes tienen deficiencia física como sería las enfermedades neurodegenerativas, diabetes con amputación, cáncer y ACV, se vuelven dependientes de su cuidador, por sentirse más cómodos con ellos prefieren que cuiden de ellos incluso en el hospital, provocando que los cuidadores no puedan descansar no desean que alguien más lo bañe, cambie o alimente.

En general cuidar de una persona mayor dependiente, se ha asociado con una mayor probabilidad de padecer ciertos problemas psicológicos, como depresión, baja satisfacción en la vida, estrés, fatiga, soledad, enojo y tristeza.

En conclusión el síndrome del cuidador; se caracteriza por presentar problemas físicos, psicológicos y sociales, los problemas que se presentan son cansancio, falta del sueño, falta del apetito, afecciones en el sistema inmunológico, constantes dolores de cabeza, entre otros. Se identifica una disminución en su capacidad funcional para realizar sus actividades; laborales, recreativas, familiares, maritales o su adaptación a las demandas impuestas por su entorno.

Con frecuentes los sentimientos de desamparo, impotencia, soledad, despersonalización, así como la alteración de la imagen corporal son comunes en lo cuidadora y familia nuclear del enfermo crónico.

Ahora saben las consecuencias de tener a un familiar crónico para mejorar su calidad de vida y ayudar a estos familiares a recibir apoyo que no habían tenido, es necesario hacer cambios como el hecho de mantener una atmosfera de diálogo y aceptación; anima al paciente y a la persona que lo cuida a expresar sus sentimientos, provocando un diálogo sincero que tiene como consecuencia la reducción en la sensación de despersonalización y ansiedad, evitando el aislamiento y retraimiento.

Los familiares, cuidadores influyen en la salud y recuperación de los pacientes, aun con enfermedades crónica, sirven de apoyo para mantener una esperanza de vida, aumentando la calidad de vida de los paciente, apoyando emocionalmente al paciente,

brindando atención y tranquilidad, logrando que los pacientes tengan una vida digna, aun en enfermedades crónicas incurables. Es por esto que es vital la atención psicológica del cuidador (familiar), de esta manera junto con el paciente disminuir síntomas y explorar metas realistas.

La mayoría de los entrevistados no recibía ningún tipo de terapia psicológica y al informarle de la misma, los que asistían lo hacían junto con su familiar enfermo, en estos casos hubo mayor continuidad que en donde solo asistía el paciente. Normalmente en los casos de los pacientes, cuando se les presentaba un inconveniente ya no continuaban la terapia, pero si el familiar asistía con ellos había mayor compromiso de ambos, quienes se apoyaban mutuamente.

Las enfermedades crónicas de los paciente que se vieron, fueron: diabetes, retraso mental, cáncer, enfermedades neurodegenerativas, depresión, alcoholismo, bipolaridad u otros trastornos mentales y casos de accidente cerebrovascular. Estas fueron las enfermedades referidas en su mayoría para apoyo psicológico.

Los familiares de los pacientes crónicos que decide hacerse cargo, vive un proceso emocional que implica cambios en diferentes aspectos de su vida, los cuales en la mayoría no sabe cómo afrontarlos y en otros casos prefiere negar la presencia de sentimientos hostiles hacia la persona que padece la enfermedad.

CAPITULO IV

Análisis de resultados:

Subprograma de Servicio:

La atención brindada en los diferentes servicios del hospital varió dependiendo de los meses: al principio no hubo mucha demanda para referir a los pacientes. Para poder dar a conocer el servicio de psicología se promocionó informando al personal de salud médica (doctores, enfermeros y trabajadores sociales), principalmente se habló con las enfermeras por tener mayor contacto con la población, esto fue satisfactorio por el incremento de referencias, empezando a brindar atención psicológica individual a los pacientes y sus familiares. Determinando que muchas veces la falta de referencia de los pacientes es debido a la falta de información del personal encargado de las referencias, se informó que ofrecía el servicio de psicología y cuando es recomendable referir a un paciente.

En los primeros meses la demanda fue bastante con gran variedad de casos, dificultó la atención por ser solo dos psicólogos de planta y demasiados pacientes, el horario poco conveniente de solo cuatro horas limitaba atender a los pacientes; En la mayoría de pacientes el inconveniente se agrandaba cuando habían más de cuatro referidos y no se podía continuar de manera consecutiva el seguimiento de los anteriores pacientes referidos, este aspecto fue negativo en la mayoría de los casos. Muchos doctores refirieron a los pacientes cuando ya era su último día en el hospital, como un requerimiento para poder dar de alta al paciente y se dificultó el proceso de terapia, solo se realizaban evaluaciones en esos casos, se debe más que todo por la falta de apoyo de parte de algunos médicos al servicio de psicología, no lo miraba como un trabajo integral sino como secundario de menos valor para la vida del paciente, impidiendo la posibilidad de ayudar a los pacientes y a sus familiares desde que ingresan al hospital, las referencias eran menores a la capacidad que se esperaba cubrir.

Los casos en cirugía fueron los que tuvieron más apoyo y mayor continuidad con la atención psicológica, porque los pacientes permanecían mayor tiempo en el hospital, casos como diabetes, las enfermedades neurodegenerativas y accidente cerebrovascular. Lo

positivo de esto fue que los pacientes permanecieron más de dos semanas incluso un mes en el hospital, permitiendo la atención consecutiva en la terapia para los pacientes y sus familiares, usando terapia breve y de emergencia se pudieron tener grandes avances en estos casos, el impacto fue mayor en comparación de pacientes que solo permanecieron unos días. También permanecieron un tiempo prolongado en el hospital, con atención constante y apoyo de parte del personal médico para ser atendidos, debido a que el personal observaba depresión en estos pacientes, referían y apoyaban al servicio de psicología, considerando que su perspectiva cambia gradualmente, confiando en el departamento de psicología; para poder atender en el aspecto emocional a los pacientes, así el personal de salud estaba más pendiente de pacientes en riesgo.

En maternidad y ginecología los pacientes víctimas de abuso sexual fueron más apoyados, pero hubo un gran conflicto con sus familiares por la creencia de que era culpa de los pacientes el suceso traumático que habían pasado, se considera como requerimiento del proctólogo de emergencia la atención de la víctima de violencia sexual y referir a psicología, aunque solo sea por requerimiento; si hubieron varios casos en los que el personal refirió, en los casos en los que las víctimas se embarazaban, un porcentaje mayor no tenía apoyo de sus familiares y no continuaba en consulta externa su tratamiento, en caso contrario, si se tenía un buen apoyo de parte de la familia los sentimientos de culpa y vergüenza eran más bajos y recurrían a ayuda profesional con mayor iniciativa.

La resistencia de los médicos y de los directores no permitieron que se atendieran consulta externa, esto fue negativo debido a problemas personales no se tuvo la posibilidad de llevar consultas externas y casos con mayor tiempo, el tiempo de trabajo con los pacientes fue reducido, se trató solo problemas emergentes. Solo se realizó terapia breve y de emergencia con la mayoría de los pacientes; por el poco tiempo que se tenía al atender solo pacientes de consulta interna. El servicio se quedaba corto, la resistencia fue por considerar el servicio como algo sin importancia y el trabajo de los médicos como primera atención al ser física, imposibilitó la atención integral. La misma resistencia afectó el apoyo y la atención a los pacientes, porque se necesitaba de referencias escritas antes de atender algún paciente interno.

Los conflictos internos del hospital (profesionales y personales) impidieron referencias por un mes a mitad del proyecto, se tuvo que esperar pacientemente hasta que

se volvieran a referir otros pacientes. Esto fue por la mala relación interna de los departamentos y de la dirección en algunas áreas del hospital, permitiendo solo la atención de pacientes internos y no externos, la falta de tiempo imposibilitó cualquier otro tipo de terapia así como los recursos y el espacio para atender a otros pacientes, actuando de manera negativa con la posibilidad de poder hacer más, se tuvo que adaptar a los limitados recursos para así brindar atención a los pacientes y su familiares, esperando tener un impacto positivo en sus vidas y disminuyendo la carga emocional o los síntomas negativos que viene con la enfermedad.

Después de observar la necesidad de apoyo emocional a los pacientes y la falta de apoyo tratando con los familiares de los pacientes crónicos, se empezó a atender de manera individual y grupal a los pacientes junto con sus familiares, especialmente a los cuidadores de cada uno de ellos, en estos casos los familiares no fueron referidos por ningún médico, fue el paciente el referido y luego se atendió a los familiares, esto es por la errónea idea que solo el paciente crónico sufre y necesita ayuda al lidiar con su enfermedad diaria. Al principio los familiares no estaban acostumbrados a la atención, se sentían incómodos y culpables por hablar de ellos mismos, solo momentos después casi todos experimentaban episodios de llanto y hacia catarsis al hablar de su situación, se tuvo que equilibrar y apoyar la salud mental de los cuidadores disminuyendo las consecuencias negativas de vivir con una enfermedad o ver a alguien querido convivir con la enfermedad crónica.

La atención del servicio de apoyo psicológico fue bien recibida, los pacientes y familiares esperaban la sesión con ánimo, esperando descargar sus frustraciones sobre las experiencias vividas, por ser ya tomadas en cuenta, y ser escuchadas en el proceso de la enfermedad crónica. Normalmente solo es el enfermo crónico el que tiene todos los recursos de ayuda, un cambio de este pensamiento fue bien recibido, primero se centró en el paciente y luego poco a poco se le pidió al familiar que se abriera y que expresara sus pensamientos y sentimientos por medio de la terapia.

La experiencia fue satisfactoria para los familiares y para los pacientes crónicos, hubo mayor seguimiento terapéutico en ambos en consulta externa, se apoyaban, juntos se presionaban para asistir a terapia, hubieron mayores cambios emocionales y conductuales entre la dinámica de ambos.

Lastimosamente no hubo un espacio adecuado para realizar terapia solo en las habitaciones de los pacientes sin contar con los pacientes en aislamiento, todos compartían habitación por eso no se contaba con privacidad, incomodando y limitando la terapia individual del paciente o de sus familiares, se tuvo que recurrir a sacarlos a lugares poco transitados como; los salones de conferencias, los pasillos, las terrazas y las salas de espera, todo con el objetivo de mejorar la privacidad, para mejorar el ambiente.

Otra parte del subprograma de servicio fueron las evaluaciones del desarrollo a los niños menores de 6 años, para determinar su grado de retraso y el área del desarrollo afectada. Todas las evaluaciones fueron referidas por el área de pediatría, por los doctores, en la mayoría de los casos por desnutrición debido a la gran cantidad de pacientes hubo mucha demanda, se dificultaba evaluarlos a todos y brindar estimulación temprana a los niños con problemas de desarrollo, siendo parte del protocolo de atención contra la desnutrición, hubo mucho apoyo de pediatría. Fue positivo poder evaluar a tantos niños y realizar un programa diferente para cada niño para mejorar el área de desarrollo que tenía dificultad. El apoyo que brinda el hospital en los casos de desnutrición infantil es integral, se observó una mejoría y gran apoyo en el trabajo integral de todas sus partes (psicólogos, nutricionistas, trabajadoras sociales, enfermeros, doctores) fue bueno para los pacientes y para sus madres.

Todas las madres prestaban atención a las sugerencias pero muchas veces se encontraban muy nerviosas, tristes sintiéndose culpables por la condición de sus hijos, esto fue en la mayoría de los casos por falta de información las mujeres no brindaron la atención adecuada a sus hijo, además del factor económico; demostrando ser factores principales de las causa de la desnutrición. El seguimiento de estos pacientes no se pudo realizar en la mayoría de los casos, por la falta de tiempo y por ser solo ser un psicólogo el encargado de las evaluaciones. Esto último fue negativo por la falta de personal, se hubiera podido hacer más en el control con el desarrollo y orientación de la madre, pero por falta de tiempo solo se brindó atención inmediata y seguimiento con varios días de por medio, afectando en el pronóstico de los pacientes, se buscó maneras para que fueran a estimulación temprana y realizó un grupo de apoyo entre las madres buscando soluciones para apoyar a las madres.

Afuera de las instalaciones del hospital se brindó atención individual a las personas referidas por la Red Internacional de Derivación y Atención a Víctimas de Sacatepéquez, por medio de la municipalidad de Antigua Guatemala. Las personas eran referidas por las diferentes oficinas de la mujer de Sacatepéquez. Por ser referidos los pacientes estaban interesados por la terapia y se mostraron participativos y puntuales, estos pacientes son personas que ya habían intentado buscar ayuda profesional anteriormente por ser gratuita, asistían constantemente. Todo esto fue positivo porque se miraba un interés, se ayudó a las personas interesadas trabajando en equipo con sus pares para un cambio en su ambiente y en su persona.

Si asistía un niño los padres se comprometían a seguir los consejos del terapeuta, al igual que a asistir a terapia en ocasiones en caso necesario a asistir ellos también regularmente. Esto fue un requerimiento para asistir a la clínica de la RIDAVAS y el compromiso e interés fue positivo la mejora del paciente.

La comunicación abierta con las OMM, hacían posible que se trabajaba en conjunto y nunca hubo sobrecarga o escases de pacientes, atendiendo niños adolescentes y adultos. Esto fue positivo por la atención personalizada y en óptimas condiciones ofrecidas tanto a los pacientes como al psicólogo de turno en la clínica. Sin embargo, problemas personales con las autoridades del área de salud mental y la municipalidad hizo que el proyecto se cerrara en solo dos meses.

Hubo conflictos de intereses con el jefe del departamento de salud mental y la directora de la Red Internacional de Derivación y Atención a Víctimas de Sacatepéquez, en cuestión de horario y de poder, esto detuvo el trabajo en conjunto del hospital- la municipalidad. RIDAVS, destruyendo todo tipo de relación, así fue como concluyó el trabajo en la clínica de manera abrupta perjudicando a los pacientes de la clínica por detener el proceso terapéutico. Y todo los avances posibles, esto fue negativo ya que no hubo cierre de casos ni referencias a otro lugar. El proyecto se retomó pero independiente de los psicólogos del hospital, con otro personal.

Subprogramas de Docencia:

Se trabajó con el apoyo de la Unidad de Capacitación y Motivación de la Municipalidad de Antigua Guatemala, coordinando con ella, se realizaron talleres de prevención y educación para los niños y adolescentes, por ser parte de la municipalidad hubo apoyo por parte de los maestros de las escuelas, esto fue positivo por que brindaron tiempo y apoyo cuando se le pedía que realizara algún ejercicio con sus alumnos, estaban atentos a cualquier sugerencia o consejo de parte de los psicólogos. Brindando su apoyo se pudo trabajar directamente y tuvo seguimiento, en los primeros talleres la información que brindó el maestro desde su perspectiva influyó en conocer cuál es la problemática de los alumnos y así diseñar un taller adecuado a sus necesidades, los comentarios de los maestros también ayudaron a saber cómo tratar a los alumnos y adecuar las dinámicas para la población de acuerdo a las personalidades y maneras de trabajar de los alumnos, son los maestros los que conocen a los niños, por el tiempo que llevan interactuando con ellos, preocupándose y trabajando con ellos, conocen mejor la situación de los estudiantes que los directores, y este trabajo integral con los maestros fue positivo para ayudar y marcar un cambio en los estudiantes.

El apoyo y la experiencia de la municipalidad también fue satisfactorio, ofreciendo las necesidades adecuadas para trabajar los talleres, ellos fueron los que interactuaron con el personal de las escuelas, coordinando con ellos se permitió a los alumnos y maestros trabajar con los psicólogos; por ser la autoridad inmediata, fue la municipalidad la que aprobaba las planificaciones de talleres y evaluaba los resultados, permitiendo una nueva perceptiva y aconsejando como trabajar con los estudiantes de Antigua, el apoyo fue positivo ayudó en la ejecución de los talleres pero por ser dos entidades a las que se tenía que responder en el EPS, hubieron conflictos de interés con el Jefe de departamento de psicología y estos conflictos personales detuvieron los talleres después de meses de trabajar en conjunto, el proyecto paró y las cápsulas de talleres también se detuvieron, no se pudieron terminar. Esto fue negativo, afectando el objetivo de terminar los talleres, algunos temas se quedaron a media y los últimas charlas educativas fueron inconclusas, quedando en claro que se hubiera podido hacer más. Afectando los resultados finales no se realizó el taller de bullying en ninguna de las escuelas, aunque se determinó que los problemas de relación y acoso escolar son una de las problemáticas más comunes en los salones de las escuelas con las que se trabajó, no se pudo ayudar más a los alumnos.

Las charlas educativas se brindaron a las madres de los pacientes de pediatría, por ser requerimiento del hospital hubo un gran número de participantes, mostraban gran interés y compartían sus experiencias siendo una experiencia vivencial, esto fue positivo porque lo practicaron y relación con su día a día, el aprendizaje es significativo y no solo se queda como un recuerdo del día que pasaron. También la información era integral por que se tenía las distintas perspectivas del personal (trabajo social, médicos, enfermería y nutrición), teniendo una información completa del tema que se trabajó, muchas veces hubo opiniones críticas de las participantes siendo una experiencia enriquecedora, lo único negativo que se menciona es que la participación en el proyecto de madre participativa solo se dio en los últimos tres meses y no desde el principio, limitando el tiempo.

Se tuvo apoyo del maestro del área de pediatría y recursos para hacer las charlas vivenciales y prácticas, todas las madres pasaban por un momento difícil al tener a sus hijos enfermos e internados, pero se intentó mantener el ambiente relajado, mejorando la convivencia de las madres para no hacer tediosas las charlas educativas. Aunque la mayoría de las madres no estaban en buen equilibrio emocional fue positivo ofrecer talleres para calmar sus miedos y dudas sobre diferentes temas de interés.

Los temas ya estaban determinados y no se pudo comentar o agregar un nuevo tema para los talleres en el programa de madre participativa, se descubrió que todos los meses son los mismos temas, para retroalimentar, son reconocidos como las principales preocupaciones de las madres y los principales problemas que afectan a la niñez de Antigua Guatemala. Esto fue positivo y negativo; lo malo es que las madres que tenía más de una semana internada en el hospital recibían el mismo tema varias veces, sin poder agregar nuevos temas que se consideraban necesarios; con base a la experiencia se deseó agregar un nuevo tema pero al ser decididos por el personal del hospital no se pudo opinar más lo cual limitó la información, lo positivo fue la retroalimentación y que los temas que se dieron son las enfermedades más comunes que tiene los niños, informando a las madres de las necesidades de sus hijos y aspectos psicológicos de estas mismas enfermedades.

Por otra parte los talleres que se trabajaron junto con la Red Internacional de Derivación y Atención a Víctimas de Sacatepéquez, por medio de la Unidad del programa de Capacitación y Motivación de municipalidad de Antigua Guatemala, para la prevención

y denuncia de la violencia intrafamiliar para las mujeres de la comunidad de San Antonio Aguas Calientes, impartiendo charlas educativas o talleres dinámicos para concientizar y prevenir la violencia intrafamiliar, las charlas fueron realizadas a mujeres desde los 18 años hasta los 87 años. Lo bueno de la experiencia fue que se tuvo bastante apoyo de diferentes organizaciones, la mayoría de las participantes volvían para el siguiente tema de los talleres, esto fue también por que la municipalidad apoyaba con una bolsa de viviere para las mujeres que asistieron, recomenzando su participación.

El apoyo de las diferentes organizaciones hizo que fuera más completo la información del ámbito psicológico y del legal por ejemplo, todas las organizaciones de la RIDAVAS trabajaron en conjunto para ayudar a estas mujeres, otro punto positivo fue el seguimiento de las mujeres, cada mes se hizo un nuevo taller o charla informativa y se retroalimentaba el taller que ya había pasado, con comentarios de las participantes, así se evaluaba que tanto se dejó en la actividad anterior.

Al igual que con los talleres en las escuelas, al ser dirigido por la Unidad de capacitación y motivación de la Municipalidad de Antigua Guatemala, al perder todo el contacto por conflictos personales con la administración del Hospital, se detuvo la participación en el proceso, el proyecto siguió pero ya no se pudo participar en él. Evitando continuar con la experiencia y las tareas que ya se habían asignado al epesistas todo se tuvo que configurar, para adaptarse a la falta de personal, al no estar involucrados los epesistas.

Finalizando la charla educativa que se realizó como parte del programa de la Red de Maternidad y Paternidad Responsable. Fue positiva por la participación de tantos alumnos, pudiendo llegar a una gran parte de la población de Ciudad Vieja, se observó también interés de parte de las alumnas, por que al terminar la actividad muchas de ellas se acercaron para consultar preguntas personales o pedir ayuda por un tema en específico, relacionado siempre con la sexualidad esto fue positivo por poder observar un interés y ayudar a las adolescentes. Muchas veces los embarazos adolescentes y las enfermedades venéreas son por falta de información sobre el tema del sexo, es por esto que los talleres, fueron realizados con el objetivo de informar y prevenir lo anterior mencionado.

También se asistió a capacitación por parte de la Red de Maternidad y Paternidad Responsable, trabajando en equipo con otras entidades independientes del Hospital,

capacitando sobre temas respecto a la sexualidad, violencia sexual y problemas en los patrones de crianza de las familias de Sacatepéquez, maneras en como poder ayudar a la población, previniendo estos problemas. Estas capacitaciones fueron positivas, conociendo más sobre la problemática en Sacatepéquez además de brindar apoyo para disminuir los porcentajes de embarazos adolescentes.

Las adolescentes mostraron deseos por conocer más información del tema, la mayoría de las participantes ya tenían su sexualidad activa experimentando hace poco su primera experiencias, comentario que no conocían mucho sobre los métodos anticonceptivo, muchas veces se considera el sexo como tabú por lo que no se sentían con seguridad para preguntar sobre el tema con sus padres, la única opción que se les daba era la abstinencia y en muchos casos, por las hormonas del adolescente no es una opción muy realista; se les motivo y dio las herramientas necesarias para que cuiden mejor de su cuerpo, usando métodos anticonceptivos y tratando la autoestima de las estudiantes que está ligado con su decisión de experimentar.

Subprograma de Investigación:

La investigación se centró en los familiares de los pacientes con enfermedades crónicas, al observar que eran los pacientes más referidos en todas las áreas del hospital, se observó que sus familiares también sufrían debido a esta situación que experimentaban, al cabo de un tiempo los familiares se acercaban para poder hablar y descargar sus miedos y preocupaciones. Este escenario fue bueno porque se pudo tener un contacto directo con los familiares, los pacientes y grupo de salud en contacto directo, se consiguió la información sobre los problemas que actualmente están enfrentando, debido a la enfermedad del paciente.

Problemas económicos, sociales, familiares, emocionales e individuales son consecuencias de tener a un familiar enfermo, debido a que la enfermedad es crónica, la familia y el paciente vivirán toda su vida con la misma condición, es un período de adaptación, aceptación y superación; al trabajar directamente en el ambiente del hospital fue positivo para la terapia, al estar en contacto con factores determinantes en la preocupación de los familiares y pacientes, brindando atención psicológica de manera inmediata, luego de tener el diagnóstico de las enfermedades, se tenía seguimiento de la

enfermedad, por operaciones o por períodos de observación los pacientes tuvieron que permanecer mucho tiempo en el hospital, es por esto que se brindó atención por largo período, en las instalaciones del hospital.

Lo negativo de la experiencia al trabajar con los familiares y los pacientes es que cuando salían del hospital y empezaban a recibir terapia externa no se pudo tener contacto con ellos, por reglas con la institución otros psicólogos fueron asignados a los casos si bien el trabajo de apoyo es el mismo, el cambio de psicólogos retraso un poco el desarrollo de la terapia individual. Los grupos de apoyo fueron beneficiosos para el paciente crónico y para su familia, ya que se tuvo el apoyo del personal médico quienes referían a cualquier paciente crónico, apoyando cuando se recibía terapia, aunque nunca se refirió un familiar, fueron ellos los que se acercaban a hablar con los psicólogos, al principio para pedir ayuda por el paciente, poco a poco se centraba más en ellos como afrontaban la situación.

Uno de los efectos psicosociales de la enfermedad crónica es en el ámbito económico resulta ser dañino, para la economía de la familia cumplir con todo el pago de los gastos médicos, hospitalarios y medicinales que el paciente debe seguir por el resto de su vida. En caso de una enfermedad con impedimentos físicos, como las enfermedades neurodegenerativas, el paciente no puede trabajar, por lo tanto no puede ayudar de manera económica a la familia, los gastos son divididos por los otros miembros.

En el ámbito familiar, las relaciones familiares cambian, con ello la dinámica de las mismas, los familiares cumplen diferentes roles en la dinámica familiar, el cuidador tiene doble función, ser el progenitor del paciente, su cuidador, su apoyo emocional y su ayuda física, en caso de tener impedimentos para realizar las tareas diarias. Los conyugues no son solo la pareja del paciente, se vuelven progenitores y amigos para afrontar la misma relación. Lo positivo de esta relación es que se toma más importancia por el otro, convirtiendo las relaciones familiares más estrechas, con mayor significado para el otro.

Se descuidan aspectos personales en el familiar al centrar todas sus actividades en la salud del paciente, aspectos de higiene, alimentación y sueño son alterados al momento del diagnóstico de la enfermedad crónica. No es que sacrifiquen por necesidad, en la mayoría de los casos es el amor por el paciente lo que hace que centren todo sus

actividades al cuidado del paciente y descuiden su propio cuidado. En esos casos existen somatización, dolores del cuerpo y bajas en el sistema inmunológico del familiar.

El ámbito emocional también es afectado; aparecen sentimientos de culpabilidad, miedo, inseguridad, cansancio emocional llegando hasta el burnout por el hacerse cargo del cuidado del paciente. Al diagnosticar enfermedades crónicas con un futuro no prospero, como es el caso de cáncer avanzado, enfermedades neurodegenerativas y accidentes cerebrovasculares; también sufren de tristeza e incluso depresión, empiezan a tener etapas previas del duelo esperando lo inevitable. Un aspecto importante es que aunque tienen una gran carga emocional por medio de la terapia se bajó los niveles de estrés, lograron expresar sus sentimientos en un ambiente seguro, mejorando así su salud mental, no se eliminó la carga emocional pero si se disminuyó.

CAPITULO V

Conclusiones y recomendaciones

CONCLUSIONES:

Conclusión General:

- El Hospital Departamental Pedro de Bethancourt brinda cuidados, curaciones, prevenciones y rehabilitación de enfermedades, trabajando de manera multidisciplinaria con los diferentes programas de ayuda.
- El trabajo del departamento de Salud Mental brindar apoyo psicológico a los pacientes internos y externos del Hospital, mejorando la salud mental de los pacientes.
- La salud mental de las personas está vinculada directamente con la salud física, si una se altera la otra también es afectada.

Conclusión Específica:

Subprograma de Servicio:

- Las diferentes enfermedades que tienen diagnosticadas los pacientes así como accidentes generan una carga emocional cuando la mente “está mal” el cuerpo se enferma y lo mismo sucede de manera recíproca cuando el cuerpo está enfermo la mente está enferma.
- Al diagnosticar una enfermedad crónica los familiares también son afectados, y en la mayoría de los casos la atención psicológica solo se ofrece a los pacientes y no a los familiares

- Los niños que viven en un estado de bajos recursos económicos son más propensos a tener algún retraso en un área de su desarrollo y desnutrición infantil.
- Los casos de violencia intrafamiliar; ya sea violencia física, psicológica o sexual afectan de manera directa en la vida de los pacientes

Subprograma de Docencia:

- Los problemas de salud de la niñez se debe a la falta de conocimientos de las madres.
- La manera de disminuir la violencia hacia la mujer es empoderando a las mujeres de la comunidad para que ellas denuncien e identifiquen la violencia como tal.
- El sexo aún es visto como un tabú por los padres de familia y los maestros, muchos de los adolescentes no tiene información sobre los cuidados que necesita su cuerpo con los cambios de la pubertad, recibiendo la información por medio de otros adolescentes.

Subprograma de investigación:

- El familiar es afectado de las siguientes maneras:
 - a) Económica: por los gastos médicos y por la incapacidad del paciente de trabajar.
 - b) Social: asilamiento, problemas en las relaciones conyugales o familiares bajas en el estado de ánimo, ansiedad, miedos, inseguridad, sentiente impotencia, irritabilidad, insomnio, culpabilidad, dificultad para expresar sus sentimientos, roles de la familia cambian para adaptarse al rol que le correspondía al paciente.
 - c) física: la salud del familiar se deteriora por somatización o debido al estrés experimentado, bajas en su sistema inmunológico, dolores de cuerpo, afecta su aspecto general y cuidados personales.

- Existe una mala comunicación entre el personal médico y los familiares lo cual genera dudas e inseguridades sobre la enfermedad del paciente internado.
- Los cuidadores y familiares experimentan agotamiento emocional y físico por cuidar del paciente crónico generando estrés.

RECOMENDACIONES:

General:

- Tomar en cuenta los familiares de estos pacientes para ofrecer terapia individual y apoyo emocional
- Brindar apoyo psicológico de parte del departamento de Salud Mental a todos los pacientes con enfermedades crónicas o que hayan sufrido otras complicaciones que afecta su salud mental no sola la física.
- Evaluar a pacientes y familiares en situaciones de crisis para ofrecer apoyo de manera integral a los personas.

Subprograma de Servicio:

- Brindar seguimiento de terapia de apoyo a los pacientes atendidos del Hospital Pedro de Bethancourt, en los casos que no se cerraron o no concluyó el tratamiento psicológico.
- Ofrecer apoyo a los familiares de pacientes del Hospital Pedro de Bethancourt, para motivar a que expresen sus sentimientos
- Recurrir a grupos de apoyo que los familiares puedan descargar la carga emocional experimentada.
- En las clínicas de planificación familiar, guiar a las madres sobre las etapas de desarrollo de sus hijos, y maneras para estimular las áreas del desarrollo.
- Recomendar a las madres con problemas económicos en programas de ayuda social, esto trabajando con las trabajadoras sociales.
- Cambiar los patrones de crianza para detener el ciclo de la violencia intrafamiliar.

Subprograma de Docencia:

- Continuar con el programa de talleres de manera dinámica para así informar educativamente a los adolescentes de temas que necesitan conocer.
- Realizar una escuela de padres con el apoyo de la escuela para tratar los patrones de crianza y la manera en la que disciplinan a sus hijos.
- Ofrecer nuevos temas en el programa de madre participativa.
- Continuar con los talleres en la comunidad, no solo se trate con las mujeres de la comunidad también con los niños y adolescentes, para difundir el mensaje que la violencia no es aceptada, independiente quien sea el agresor.

Subprograma de Investigación:

- Involucrar a más miembros en el cuidado del paciente para así disminuye la carga del cuidador.
- Que el cuidador se tome tiempo para relajarse y centrarse solo en él, atendiendo sus necesidades básicas como consumir comidas balanceadas, duerma lo suficiente y consultar al doctor cualquier problema irresoluto.
- El familiar debe entender sus límites, continuar con la terapia psicológica en consulta externa y darse cuenta que no puede hacerlo todo por todos.

BIBLIOGRAFÍA:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona, Elsevier Masson.

Aparicio Sanz, L. Craving: concepto y tipos. 21 de octubre del 2014.
<http://medicablogs.diariomedico.com/reflecciones/2010/03/19/craving-concepto-y-tipos/>

Alonso. A.I., Cruz Gonzalez, J. Aportaciones Psicológicas en las enfermedades neurodegenerativas. Servicio de Neurología del Hospital Central de la Cruz Roja.

Ansen K. Illness and the family. J R Soc Med. 1985;sup 8(78):21-5

Bedoya, K. Problemas Familiares.18 de octubre del 2014.
<http://casosfamiliar.blogspot.com/2012/07/problemas-familiares-los-problemas.html>

Bellak, L. Siegel, H. Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Manual moderno. México. 1986

Borrella, G.B. La Salud Mental. Obtenida el 20 de Octubre de 2014.
<http://www.psicomed.net/saludmental.html>

Del Castillo Arreola, Arturo. Corrientes contemporáneas de la psicología de la salud, Igsa

De La Revilla L. Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Granada: Ediciones Adhara, S. L.; 2000.

Dr. Marroquín, Adolfo Vician. “Auxiliatura Municipal de Antigua Guatemala- San Felipe de Jesús”. Antigua Guatemala. 2011.

Espina A. Las necesidades familiares ante la enfermedad grave. Propuestas metodológicas de intervención. In: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, editor. *La familia en la terminalidad*. Guipúzcoa; 1987

Fleitas L. El apoyo social y la atención primaria de salud. Atención Primaria. *De La Revilla*, 1991. 664-6.

Haley WE, Levine EG, Brown SL, Bartolucci AA. Stress appraisal coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*. 1987;2:323-30.

Hospital Nacional Pedro de San Joé de Bethancourt [En línea].2010. [Consulta: 15 de Diciembre 2013]. Disponible en: <http://www.actiweb.es/hospital-nacional-psjb/>

Humberto, Carlos. “Breve Relación Histórico Grafica de Sacatepéquez”. Editorial CEMALTEX. Ministerio de Educación. Guatemala. 1994.

Gómez, B. (2011). Introducción al tema especial: contribuciones de La psicología clínica al campo de Las enfermedades físicas crónicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XX (No. 3). 197-200

Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and coping. New York: SpringerPublishing company; 1984.

Losada Baltar A, Montorio Cerrato I, Izal Fernández de Trocóniz M, Márquez González M. Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Madrid; 2006.

Mc Cubbin H, Patterson J. Family stress and adaptation to crises. Beverly Hills: Sage; 1983.

Municipalidad de la Antigua Guatemala. “San Felipe de Jesús: monografía”. Guatemala: Municipalidad de Antigua Guatemala,

Nieto Manuera J, Abad Mateo A., M. Esteban Albert, M. Tejerina Arreal, (2004) Psicología para ciencias de la Salud, España. McGraw’Hill.

Organización Mundial de la Salud Ginebra. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento, Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico, España

S. grey. Dinámica familiar. Obtenida el 20 de octubre del 2014
http://www.livestrong.com/es/dinamica-familiar-tip_10774/

Temboury. F; Morales De Los Santos. J., enfermedad cerebrovascular, 23 de octubre del 2014. www.himfg.edu.mx/descargas/.../AccidenteCerebrovascularIsquemico.pdf

Thomas F. Babor. (2001) Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), Organización Mundial de la Salud.

Wisbaum Wendy. (2001) UNICEF. La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. (p. 6, 7)

ANEXOS:

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano CUM
Escuela de Ciencias Psicológicas
Ejercicio Profesional Supervisado

Entrevista Familiar
Aplicación individual

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Religión:

Ocupación:

Miembros de familia con los que convive:

1. ¿Cuál es el diagnóstico de su familiar?
2. ¿Cuál es su parentesco con el paciente?
3. ¿Qué piensa y siente respecto a la enfermedad del paciente?
4. ¿Cómo impacta su vida y la de su familia la salud del paciente?
5. ¿Se ha identificado algún cambio en la dinámica de la familia por vivir esta situación?
6. ¿Esta situación le ha afectado económicamente?
7. ¿Debido a la situación de su familiar (Enfermedad del paciente) ha sentido miedo, inseguridad o incapacidad para relajarse?
8. ¿Ha aumentado o disminuido su peso considerablemente desde el diagnóstico de su familiar?

9. ¿Ha sentido Irritabilidad, enojo o furia constante o descontrolada debido a la enfermedad de su familiar?
10. ¿Experimenta deseos de llorar y/o un nudo en la garganta, bajas en su estado de ánimo?
11. ¿Cómo es la comunicación de usted y su familia con el paciente? ¿Hablan de la enfermedad del paciente?
12. ¿Ha experimentado incremento dolor abdominal, dolores de cabeza y dolor o tensión muscular?
13. ¿Se siente carente de poder, inútil o sin control hacia el futuro de usted y su familia?
14. ¿Siente presión por cuidar del paciente?
15. ¿Qué es lo que hace para contender con todo lo que le sucede?

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano CUM
Escuela de Ciencias Psicológicas
Ejercicio Profesional Supervisado

Cuestionario Personal Médicos
Aplicación individual

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Religión:

Ocupación:

1. ¿En qué servicio se encuentra actualmente?
2. ¿La mayoría de sus pacientes cuenta con apoyo de la familia?
3. ¿Cree usted que solo el paciente es afectado cuando se le diagnostica una enfermedad?
4. ¿Cuál es la reacción de los familiares cuando tratan con los pacientes?
5. ¿Cómo reaccionan los familiares del paciente al conocer la condición del mismo?
Expresiones y sentimientos de los familiares
6. ¿Qué efectos sociales, económicos y psicológicos observa que experimentan los familiares de los pacientes?
7. ¿Al hablar del tratamiento y pronóstico de la enfermedad como reacciona los familiares de los pacientes?
8. ¿Considera usted que cambia la dinámica familiar al tener algún familiar hospitalizado?

9. ¿Observa dependencia de los pacientes hacia sus familiares?
10. ¿Piensa que hay presión (estrés) de los familiares al responsabilizarse del paciente?
¿Qué efectos pueden ocasionar esa presión en los familiares?
11. ¿Considera que debido a la enfermedad del paciente, la familia experimenta miedo, inseguridad por el diagnóstico del paciente?
12. ¿Cómo afecta a la familia del paciente la enfermedad del paciente en el ámbito económico? Especifique
13. ¿Observa descuidos en el aspecto general de la familia del paciente crónicamente enfermo (Pérdida, aumento de peso, descuidado)?
14. ¿observa cambios de humor en los familiares de los pacientes (irritabilidad, enojo, llanto, humor decaído)?

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano CUM
Escuela de Ciencias Psicológicas
Ejercicio Profesional Supervisado

Entrevista Paciente
Aplicación individual

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Religión:

Ocupación:

Miembros de familia con los que convive:

1. ¿Cuál es su diagnóstico?
2. ¿Cuánto tiempo lleva diagnosticado?
3. ¿Trabaja actualmente?
4. ¿Cómo la enfermedad ha afectado su vida y la de su familia?
5. ¿Cómo es la comunicación con su familiar?
6. ¿Los días en los que está hospitalizado recibe visitas diariamente por parte de su familia? En caso contrario ¿Porque?
7. ¿Siente apoyo y confianza de parte de su familiar?
8. ¿Qué piensa su familia y siente respecto hacia usted? ¿Ha cambiado debido a su salud?
9. ¿Cuáles son sus preocupaciones actuales?

10. Sus gastos hospitalarios, exámenes médicos y medicinas ¿Quién los cubre?
11. ¿Desde que ha sido diagnosticado usted o su familia miedo, inseguridad o incapacidad para relajarse?
12. ¿Cuáles son sus mayores preocupaciones?
13. ¿Su familia se queja de dolor en la cabeza, cuello, dolor abdominal, tensión o dolor de espalda?
14. ¿Su familia ha experimentado cambios en el humor (llanto, irritabilidad, enojo) desde respecto hacia usted o su salud?
15. ¿Se siente carente de poder, inútil o sin control hacia su futuro propio y de su familia?

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano CUM
Escuela de Ciencias Psicológicas
Ejercicio Profesional Supervisado

Entrevista Psicólogos
Aplicación individual

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Religión:

Ocupación:

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando de psicólogo?
2. ¿Ha tenido pacientes con alguna enfermedad crónica?
3. ¿Ha trabajado con familiares de algún paciente? ¿Qué diagnóstico tienen?
4. ¿Considera que al diagnosticar una enfermedad crónica solo el paciente es el afectado? Especifique
5. ¿Considera que la dinámica familiar cambia debido a la enfermedad del paciente?
6. ¿El estado de ánimo de los familiares del enfermo puede ser afectado también? ¿De qué manera?
7. ¿Cree que el paciente crónicamente enfermo tiene dependencia hacia su familia?
8. ¿Qué tipo de sintomatología genera convivir con una persona crónicamente enferma?
9. ¿Cuáles consecuencias genera cuidar de un familiar con una enfermedad crónica?

10. ¿Observa a los familiares del paciente con ansiedad, depresión o alguna alteración en el estado de ánimo?
11. ¿Los familiares del paciente se quejan por dolor en el abdomen, cabeza cuello u otra parte del cuerpo?
12. ¿Cómo pueden solucionarse estos problemas?